

指定通院医療機関グループ

グループ代表：石井 利樹（神奈川県立精神医療センター芦香病院）

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）

井上 薫子（長谷川病院）

日暮 恵美（東京武蔵野病院）*

野澤眞一郎（高月病院）

野口 博文（国立精神神経センター精神保健研究所）

澤 恭弘（国立精神・神経センター病院）*

三澤 孝夫（国立精神・神経センター病院）*

佐賀太一郎（東京保護観察所八王子支部）

神原 一也（広島保護観察所）

地域精神保健福祉関係機関グループ

グループ代表：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）

佐々木英司（埼玉県春日部保健所）

五月女純子（千葉県精神科医療センター）

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）

*印は、他グループと兼務

研究要旨

医療観察法に携わる精神保健福祉士の業務の実態を明らかにするとともに、業務上の課題、精神保健福祉士に求められる資質等を明らかにし、今後のより良い医療観察制度の運営と対象者の社会復帰の促進に寄与することを目的として、精神保健福祉士が医療観察法に関与する5領域について、以下の研究を行った。

(I) 社会復帰調整官の役割に関する研究

医療観察法に基づいて新たに保護観察所に配置された社会復帰調整官は、この法律に基づく審判の開始から処遇の終了まで一貫して本制度の運用に関与する唯一の職である。

本研究においては、社会復帰調整官の主要な業務とされる生活環境調査、生活環境調整および精神保健観察について、業務の標準化を最終目標として、実態の把握および適正な業務のあり方の検討を行った。

また、新設された職種として必要な研修のあり方について検討した。

(II) 精神保健参与員における精神保健福祉士の役割に関する研究

地方裁判所における審判において、合議体の求めに応じ、精神障害者の社会復帰に関する専門職の立場から意見を述べるものとされる精神保健参与員について、その資質の向上のために必要な研修のあり方を検討した。

また、精神保健参与員が業務を行うに当たって必要に応じて参照することができるよう、「精

神保健参与員ハンドブック」を作製し、全国の精神保健参与員に配布した。

(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

指定入院医療機関において精神保健福祉士が担当する次の業務について検討した。

- ①対象者に関する治療経過（急性期、回復期、社会復帰期）に対応した業務
- ②「処遇改善請求」および「退院請求」についての説明および相談と手続き援助
- ③「抗告」についての説明および相談と手続き援助
- ④「権利擁護講座」および「社会復帰講座」の開発と標準化
- ⑤「ケア会議」の運営

(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

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等を検討した。

(Ⅴ) 地域精神保健福祉関係機関における精神保健福祉士の役割に関する研究

本制度に基づく対象者の地域社会における処遇は、保護観察所の社会復帰調整官による調整のもとに、既存の地域精神保健福祉サービスを活用して行われることとされている。

本研究においては、地域精神保健福祉活動を担う精神保健福祉センター、保健所、市町村、精神障害者社会復帰施設における本制度への関与および各機関に所属する精神保健福祉士の役割についての実態把握とともに、あり方について検討を行った。

A. 研究目的

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰を最終目的とする心神喪失者等医療観察制度において、精神障害者の社会復帰促進の専門職とされる精神保健福祉士が果たす役割とその課題について明らかにし、当該制度のより良い運用に資することを目的とする。

B. 研究方法

医療観察制度に携わる精神保健福祉士を、

①保護観察所の社会復帰調整官、②地方裁判所非常勤職員である精神保健参与員、③指定入院医療機関の精神保健福祉士、④指定通院医療機関の精神保健福祉士、⑤地域精神保健福祉関係機関の精神保健福祉士の5領域に区分し、それぞれアンケート調査および研究協力者による集団討論により、実態把握と課題の整理を行った。

(倫理面の配慮)

本調査研究においては、精神保健福祉士の業務の実態把握に関連して、対象者について

は数量的把握に限定し、個人を特定する可能性のある情報は一切含んでいない。このため、人権侵害のおそれはない。

C. 研究結果

1. 社会復帰調整官
P224に記載
2. 精神保健参与員
P228に記載
3. 指定入院医療機関の精神保健福祉士
P299に記載
4. 指定通院医療機関の精神保健福祉士
P311に記載
5. 地域精神保健福祉関係機関の精神保健福祉士
P323に記載

D. 考察

○医療観察制度の最終目的は、精神障害のために重大な他害行為を行った者の社会復帰であり、医療観察法による地域処遇の期間を終了した後においても、一般の地域精神保健福祉サービス等を利用しながら、住み慣れた地域社会の中で、その一員として、安定した生活を継続できるようになることである。

医療観察法附則第3条第3項においては、「政府は、この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする。」とされ、一般の地域精神保健福祉施策の充実を求めている。

○一方、医療観察法による地域処遇対象者については、精神保健福祉センター、保健所、市町村に対して、次の業務が規定されている。

①精神保健福祉センター

「精神保健福祉センター運営要領」

- 4 その他

(2) 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（平成15年法律第110号）による地域社会における処遇については、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、地域精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、センターにおいても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。（アンダーラインは執筆者による。以下同じ。）

②保健所

「保健所及び市町村における地域精神保健福祉業務運営要領」

第1部 保健所

第1 地域精神保健福祉における保健所の役割

保健所は、地域精神保健福祉業務の中心的な機関として、精神保健福祉センター、（中略）等を含めた地域社会との緊密な連絡協調のもとに、入院中心のケアから地域社会でのケアに福祉の理念を加えつつ、（中略）

また、（中略）医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、地域精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、保健所においても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

③市町村

「保健所及び市町村における地域精神保健福祉業務運営要領」

第2部 市町村

第1 地域精神保健福祉における市町村の役割

これまでの精神保健福祉行政は、都道府県及び保健所を中心に行われてきたが、入

院医療中心の施策から、社会復帰や福祉施策にその幅が広がるにつれて、身近な市町村の役割が大きくなってきた。

(中略)

また、(中略)医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。

(中略)

さらに、平成18年には、自立支援法により、(中略)、各市町村においては、地域精神保健福祉により積極的に関与することが求められる。

○地域精神保健福祉における「地域責任性」について

地域精神保健福祉活動の推進に当たっては、従前から「地域責任制」の原則が言われている。地域内で発生した精神保健福祉課題については、その地域内において解決を図るという主旨である。

近年の精神保健福祉行政においては、以下の経過をたどっている。

①「精神病者の保護および精神保健ケア改善のための諸原則」1991(平成3)年 国連総会

原則7 地域と文化の役割

すべての患者は、できる限り自らが居住する地域で治療を受け、ケアされる権利を持つ。

②「今後の精神保健福祉施策について(意見)」(平成11年1月14日 公衆衛生審議会 精神保健福祉部会)

「基本的な施策の方向」

身近な地域において総合的な保健医療福

祉サービスを受けることができる体制を整備していくことが必要

③「今後の精神保健医療福祉施策について(報告書)」

(平成14年12月19日 社会保障審議会 障害者部会 精神障害分会)

「基本的な考え方」

今後の精神保健医療福祉施策を進めるに当たっては、まず、精神保健医療福祉サービスは、原則として、サービスを要する本人の居住する地域で提供されるべきであるとする考えに基づき、これまでの入院医療主体から、地域における保健医療福祉を中心としたあり方へ転換するための、各種施策を進めることが重要である。

○今後の課題

今後、医療観察制度創設以来の時間経過に伴って、入院処遇から通院処遇(地域処遇)へ移行する医療観察法対象者の急増が予測される。

さらに、医療観察法による地域処遇が終了した者が、円滑に一般の地域精神保健福祉サービス体制へ移行できるようにすることが、今後の重要な課題となる。

多様な主体による総合的な取組は、精神障害者の地域精神保健福祉サービスを推進する上できわめて重要であるが、それを可能にするためには、個々の施策の充実に加えて、多様な主体によるサービスの総合的なコーディネート機能を確保することが不可欠である。

社会復帰調整官に代わって、誰がコーディネーター機能を担うのか?

障害者自立支援法の施行により、精神障害者を含む障害者福祉サービスの責任主体が市町村に明確に位置づけられたが、疾病と障害を併せ持つ精神障害者に対して多様な主体による保健・医療・福祉サービスの総合性を確

保することが課題となっている。

保健所、市町村への精神保健福祉士の配置の促進とともに、自立支援事業者等に対して技術的側面から地域処遇への関与の促進を図るために、精神保健福祉士の配置促進を含む精神保健福祉センターの機能強化が強く求められる。

E. 結論

障害者の地域生活支援とは、ノーマライゼーションの実現を目指す地域作りの活動である。自立支援法案の作成過程において、担当官が各地の先進的な精神障害者地域生活支援活動の実践を視察したようである。そのいずれの地域においても、活動の核となったのは、ソーシャルワーカーである精神保健福祉士であった。

しかしながら、本研究において、医療観察制度に関わる精神保健福祉士については、ことに地域精神保健福祉関連領域において、配置数が著しく乏しかった。

医療観察法の対象者は、精神障害者であることに加えて、その障害故に重大な他害行為を行ってしまったという人生の不幸を重ねて生きなければならない。

医療観察法対象者の地域精神保健福祉ネットワークの構築は、医療観察法による地域処遇の期間が終了した後においても生きるばかりではなく、一般の精神障害者にとっても有効な資源となりうるものである。

障害者が暮らしやすい社会は健常者にとっても暮らしやすい社会であるとするならば、精神障害者の社会復帰および地域生活支援に関わる専門職である精神保健福祉士に対する評価の低さは、単にこの国に生活する精神障害者にとっての不幸であるばかりでなく、すべての国民の不幸であるというほかはない。

医療観察制度の適正な運用のために、当面、以下の対応が求められる。

1. 都道府県における医療観察法対象者の処遇に関し、保護観察所、指定医療機関および地域精神保健福祉関係機関等との総合的な連絡調整を図る統括責任者として、各都道府県に専任の職を設置すべきである。

2. 精神保健福祉センターおよび保健所に対して精神保健福祉士の配置を義務化するとともに、市町村への精神保健福祉士の配置を早急に進める必要がある。

3. 社会復帰調整官をさらに増員し、すべての保護観察所に対する社会復帰調整官の複数配置および事件数に応じた適正配置を促進する必要がある。

4. 指定入院医療機関の絶対数の不足と地域的偏在を解消するために設置が促進されている小規模病棟については、専任を含む2名以上の精神保健福祉士を配置する必要がある。

5. 指定通院医療機関の偏在を解消するとともに、指定通院医療機関においては、院内外における医療観察法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必要がある。

6. 社会復帰調整官、精神保健参与員、指定医療機関の精神保健福祉士および地域処遇に関与する地域精神保健福祉関係機関に所属する精神保健福祉士には高度な専門性が求められるところであり、重層的な研修体系の構築を図る必要がある。

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精神保健福祉センターの関与の実際と課題」第6回日本精神保健福祉学会。宮崎。2007.6.9.

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

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：

谷 美祐紀（旭川保護観察所）

菅原 資浩（福島保護観察所）

宇津木 朗（さいたま保護観察所）

武野 興司（新潟保護観察所）

萩野 哲男（甲府保護観察所）

栗田 俊之（静岡保護観察所）

堂前 大輔（金沢保護観察所）

植松 俊典（京都保護観察所）

深貝登志子（松江保護観察所）

松尾 一生（高松保護観察所）

齋 真一郎（鹿児島保護観察所）

※所属は研究協力時のものである。

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社会復帰調整官は、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が現状である。

平成18年度研究では、調整官の採用経過や採用後の業務実態を把握・整理をし、平成19年度は、地域処遇導入期の業務を考察するとともに、調整官の研修体系案を作成した。平成20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、調整官の標準的な業務と役割を検討した。

平成18年度では、法施行間もない時期のために生活環境調査が中心的な業務であったが、平成19年度には生活環境調整となり、平成20年には精神保健観察の割合が増してきており、今後もその傾向はますます顕著になり、割合だけではなく、調整官にとって精神保健観察が主要な業務になると考えられる。

1. 研究目的・方法

平成18年度は、調整官の業務実態を把握・整理を目的に、①研究協力者の集団討議を2回実施、②平成16年4月に全国の保護観察所に採用された調整官へのアンケート調査及びヒヤリング調査を実施した。

平成19年度は、調整官の役割や業務の内容を明らかにすることを目的として、①事件数の増加に伴う業務実態の変化の把握、②関係機関の連携が重要となる地域処遇移行期の現状と課題の整理、③調整官の研修の現状把握

と在り方について検討するために、①調整官アンケート調査及び保護観察所単位でのアンケート調査、②調整官ブロック会議調査、③業務量調査、④研究協力者の集団討議を2回実施した。

平成20年度は、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、標準的な社会復帰業務の提言を目的に、①研究協力者に集団討議と関係機関等の職員を交えての集団討議、②業務量調査、③精神保健観察分析を実施した。

2. 研究結果

(1) 保護観察所における業務差

担当事件数の増加に応じて、文書及び電話番号だけでなく全体の業務量が増えているとともに、保護観察所による事件数の差が目立ち始めている。生活環境調査業務及び精神保健観察業務の活動地域は、保護観察所管内ではあっても実質の業務時間以上の移動時間を要している。さらに、遠方の指定入院医療機関へ出向く生活環境調整業務の移動時間は、生活環境調査業務及び精神保健観察業務の比ではない時間を要している。

また、調整官の配置については、平成19年度調査時において複数配置されている保護観察所は3割程度にとどまっており、事件数の多寡によって差が広がっている。

(2) 医療観察制度の地域差

医療観察制度の運用において、法施行前の準備段階における関係機関の対応からすでに地域格差ともいえるものがあつた。従来、精神保健福祉行政は、厚生労働省が示した各種ガイドラインや実施要領に則して、都道府県や政令指定都市において、地域事情に合わせた実施細則等を作成して運用してきたという歴史がある。その中で、本制度は「国が施行」し、「地方自治体等関係機関団体が地域処遇の実務を担う。」ことになっているが、地域処遇に関して地方自治体への人員及び予算措置がなされていないことなどから円滑な法施行準備にならなかつた実態が地域による差を生じているようである。

(3) 調整官の研修状況

調整官の採用後に実施されている導入研修以後は、体系化された研修は実施されていない。そうした状況において、全国8か所で開催されている調整官ブロック会議が調整官の

共通認識を形成していく時期に果たしてきた役割は大きいものであるが、ブロック単位であることから、医療観察制度を全国統一的に実施するための調整官相互の合意を得る機能を求めるには不十分である。調整官の業務遂行について早期に標準的な在り方を定めるとともに、それを周知するためにも研修を体系化することが必要である。

(4) 指定医療機関

指定入院医療機関の整備が遅れているために、対象者の居住予定地から遠方へ入院することから、退院に向けた取り組みに支障が生じており、調整官にとっても面会や会議等の出席に時間を要している。

また、指定通院医療機関の不足や偏在が、円滑な地域処遇を進める上での足枷になっている。対象者にとっては、受診に要する時間や交通費が負担になるばかりでなく、デイケアの利用や指定通院医療機関の訪問看護を受けにくいなどの問題がある。今後、地域において処遇をする対象者が増加するので、必要数を確保するだけでなく、離島等に居住する対象者の処遇といった面からもバランスのとれた配置をする必要がある。

(5) 調整官の業務

ア 平素の連携体制の確保

医療観察制度における地域処遇等が円滑に実施できるようにするための普及啓発的な業務である。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る。

イ 生活環境調査

合議体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、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。意見にブ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いなければならない。

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ばかりでなく、調整官が対象者や保護者、関係機関等との関係作りのきっかけともなる。

ウ 生活環境調整

指定入院医療機関が遠方になることから、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、業務の負担を増している現状がある。指定入院医療機関から指定通院医療機関や地域の関係機関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も配慮を要する。

エ 精神保健観察

本法における地域処遇は、対象者にとって重要な期間であり、調整官にとっても主要な業務である精神保健観察の実施時期である。当初審判での直接通院決定の場合は、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。指定入院医療機関を退院後の移行通院の場合は、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。

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 か月間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から、対象者等に出席を求めることも有効であろう。

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。地域処遇当初から、その対象者なりの社会復帰のイメージや目標を明確にして共有することが重要である。

3. 考察

平成 21 年現在においては、調整官不足や指定入院医療機関の整備が遅れ、指定通院医療機関の不足や偏在、社会資源の質・量的の不

足等が医療観察制度の円滑な運用を阻害している。今後、このような阻害要因が解消されていくまでの間は、処遇に関与する関係機関等が共通認識にして相互に協力することが必要であろう。

精神保健福祉士は、精神障害者の社会復帰等に関する相談指導を業とする専門職であることは共通項であるが、具体的な業務や役割は、所属機関に応じて自ずと差異がある。医療観察制度の下であれば、調整官、精神保健参与員、指定通院医療機関、指定入院医療機関、都道府県（主管課・精神保健福祉センター・保健所）、市町村（保健センター・障害福祉担当課）、障害福祉サービス事業者等、関与するそれぞれに業務や役割がある。調整官は医療観察法によって新設され、保護観察所に配置されているので、調整官が果たすべき（できる）業務と役割がある反面、限界もあり、関係する機関の精神保健福祉士等の協力得られなければ医療観察制度による適切な処遇はできない。生活環境調整業務や地域処遇における調整官は、処遇に関与する関係機関の連携を確保することが求められているが、関係機

関が応じてくれなければ処遇の枠組みは成立しない。平素の連携体制を確保することを目的にした地域連絡協議会等も法務省の機関である保護観察所だけでは開催は困難で、都道府県の協力は不可欠である。厚生労働省や都道府県等による、都道府県の関係部署や市町村、障害福祉サービス事業者等への働きかけが得られなければ、関係機関の連携は不可能である。

調整官が与えられた業務を遂行し、その役割を果たしていくためにはバランス感覚を養うことが必要である。日常業務の中で事例をとおして吸収するだけでなく、調整官ブロック会議等に参加して意見交換をするなども重要である。日常業務を振り返り、自己流あるいは独特な地域性の考え方に囚われることを防ぎ、全国統一的な制度運用ができるように、系統的な研修の場が望まれるところである。

調整官は、採用前の経験を生かして業務に当たっているが、法務省の機関である保護観察所に配置されていることを認識し、常に新しい職種としての役割を模索する姿勢が必要であろう。

(Ⅱ) 精神保健参与員における精神保健福祉士の役割に関する研究

< 研究の目標 >

地方裁判所ごとに対応を模索している心神喪失者等医療観察法の審判方法について、その実体を調査するとともに、審判全体の流れを検証し、より良い審判の方法とそれに関わる精神保健参与員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、精神保健参与員の業務を適切に行っていくための養成課程やその研修方法等を探っていく。

< 研究の計画およびその方法 >

初年度は、精神保健参与員の審判への関わりとその業務実体を明らかにするため、各地域での医療観察法における審判方法の事例収集と審判に実際に関わった精神保健参与員への聞き取り或いはアンケートによる調査を行う。

二年度は、引き続き精神保健参与員の業務実体を調査するとともに、その調査内容を検証し問題点を明らかにしていく。また、あるべき精神保健参与員の業務の内容とそれに伴う研修内容、方法等を考えていく。

最終年度は、精神保健参与員に対する研修用視聴覚教材を作成する。

はじめに

平成17年7月15日に施行された医療観察法は、対象者の処遇の要否及び内容を決定する審判制度を新設した。新設された審判制度は、地方裁判所において、裁判官とともに精神科医療の関係者をその審判に関わらせることとし、「精神保健審判員」と「精神保健参与員」という新たな資格を創設した。「精神保健審判員」、「精神保健参与員」は、ともに地方裁判所の非常勤職員であり、特別職の公務員とい

う位置づけにおいて、その業務を行うことになっている。医療観察法の審判では、裁判官と精神科医師である精神保健審判員による合議体がつくられ、対象者の処遇の要否及び内容を審議していく。精神保健参与員は、精神保健福祉士を中心に精神保健福祉に専門的な知識を有するものの中から選任され、その知識・経験等に基づき裁判官と精神保健審判員による合議体に適切な判断を行うための専門的知識や有益な意見を提供することとなっている。

精神保健参与員に求められている専門的な知識や有益な意見は、精神保健福祉関係の援助方法や関連の制度・社会復帰施設等の利用、ケア・マネジメント手法など、対象者の社会復帰に関することが中心となる。そのような精神保健参与員の知識や意見は、医療観察法の審判においては、指定入院医療機関からの「退院許可申立て時の審判」や入院・通院対象者等に対して医療観察法による医療を終了し、精神保健福祉法への移行などを審議する「医療終了の審判」等において、特に重要となっている。

医療観察法の審判における精神保健参与員の立場と役割

検察官により医療観察法の申立てを受けて、地方裁判所は、厚生労働大臣による精神保健判定医の名簿の中より精神保健審判員を任命することになる。精神保健審判員が任命されると裁判官と精神保健審判員からなる合議体により処遇事件を取り扱うことになる。精神保健参与員については、「裁判所は、処遇の要否及びその内容につき、精神保健参与員の意見を聴くために、これを審判に関与させるとする。ただし、特に必要がないと認めるときは、この限りでない。」とされており、合議体の構

成員ではなく、評決権は有していない。

しかし、医療観察法が対象者の社会復帰を目的とした法律とされているため、精神障害者の保健及び福祉の専門家である精神保健参与員の意見は、重要であるとされており、最高裁判所による医療観察法の解釈においても、原則として処遇事件において、精神保健参与員を審判に関与させ、意見を聴くことが求められている。精神保健参与員の関与が「特に必要がないと認めるとき」とは、申立てが不適法であるなど、申立て自体を却下すべき場合や入院継続の確認の申立てなどで、明らかに病状・生活環境に変化がなく入院継続確認決定をすべき場合などがあげられている。

実際の精神保健参与員の選任においては、裁判所の裁判官や書記官より直接連絡があり、カンファレンス（審判期日前の関係者の事前協議）や審判期日の日程調整が行なわれ、カンファレンスや審判期日への参加可能を確認のうえ、選任されることが多い。精神保健参与員に選任されると、裁判所から事件調書など処遇事件に関する資料が送付されてくる。これらの資料により、事件概要を把握するとともに、対象者の病状、生活歴、生活環境等についての知識を得ておく必要がある。特に、簡易精神鑑定や刑事精神鑑定の資料があれば、病名や症状などに気をつけて精読しておかなければならない。対象者の鑑定入院が1ヶ月を経過した頃、保護観察所により作成された『生活環境調査報告書』が、追加資料として裁判所より送付されてくることが多い。また、場合によっては、鑑定医が作成する『鑑定書』の概要や完成版が裁判所より送付されることもある。

このような手続きを経て、精神保健参与員は、カンファレンス（審判期日前の関係者の事前協議）や審判期日に出席し、意見を述べることになっている。しかし、前述のように精神保健参与員は、合議体の構成員ではなく、

また、評決権は有していないなど審判における役割が、未だ明確ではなく、新しい職種でもあることから、その立場自体が、まだ定まっていない。

地方裁判所ごとに対応を模索している心神喪失者等医療観察法の審判方法について、その実態や審判全体の流れを検証し、より良い審判の方法とそれに関わる精神保健参与員の業務内容を明らかにしていくため、各地域での医療観察法における審判に実際に関わった精神保健参与員へのアンケートによる実態調査を行なった。そして、また実際に処遇事件に関わった精神保健参与員や裁判官などの関係者から精神保健参与員の関与実態についての現状を報告してもらった。

「医療観察法におけるカンファレンス（事前協議）と審判内容」

1. カンファレンス（事前協議）

医療観察法における審判の過程においては、審判期日以前に、審判関係者が集まる「カンファレンス（事前協議）」が行なわれることがある。「カンファレンス（事前協議）」は、厚生労働省の「精神保健審判員」や「精神保健参与員」の養成研修である『司法精神医療等人材養成研修会』などでも推奨されている。そして、研修内においてもシミュレーションなどで取り上げられている。しかし、「カンファレンス（事前協議）」は、医療観察法に特に規定がなく、地方裁判所ごとに取り扱いや運用が異なっている。

医療観察法では、当初審判における鑑定医の『医療観察法鑑定書』、社会復帰調整官の『生活環境調査結果報告書』、退院申立ての審判での指定入院医療機関の『退院前基礎情報管理シート』、社会復帰調整官の「意見書」などが非常に重要な資料として取り扱われ、これらの書面資料を元にして、審判が行なわれてい

く。

また、退院申立て時の審判では、退院予定地の保護観察所の『意見書』に『処遇実施計画書（案）』が添付される場合もあるが、医療観察法の審判において、特に保護観察所に提出が義務付けられている書類ではない。しかし、入院中より退院予定地保護観察所の社会復帰調整官が、指定入院医療機関の精神保健福祉士をはじめとする担当多職種チームと退院調整を進めており、退院申立ての時期には、ほぼ作成されているか、少なくともその概要は出来ていることが多い。そのため、審判に必要ということで、裁判所より依頼されれば、退院予定地の保護観察所から提出される可能性は高い。

『処遇実施計画書（案）』の記載内容

対象者の退院後の【1.「医療」における指定通院医療機関、医療方針や通院及び訪問診療等の頻度、指示事項など。2.「（福祉制度等）援助」の内容や方法。3.「ケア会議」や「精神保健観察」での目的、接触の方法（訪問、出頭及びその頻度等）、指導事項など。※『処遇実施計画書』では、病状急変時等緊急時の対応、個別に対象者の病状悪化の誘因、前駆症状、それに対する対象者自身、その家族、多職種チームの対処の仕方等等、詳細な援助計画の作成が予定されている。】等、多岐にわたっており、退院後の地域での対象者処遇が記載されている詳細なケア計画書となっている。

しかし、これらの資料は、内容が複雑で多岐にわたるため、審判期日の短時間で検討することが難しい場合が多く、実際に裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員が会って、それぞれの専門分野を生かして、事前に協議していくことは、審判を行っていく上で非常に有効である。また、これらの資料の内容等

への疑問や鑑定・調査時の状況等を問い合わせる必要が生じることもあり、このような時に作成者である鑑定医や社会復帰調整官、指定入院医療機関の担当職員などが、カンファレンス（事前協議）に出席していれば、直接、問い合わせることにより、事実関係等を確認することが出来る。鑑定期間が、2ヶ月程度に設定されており、その期間内において鑑定と調査を行い、審判をすることとなっている医療観察法では、事実上、審判期日は、その期間内に1度程度しか開くことが出来ない。そのため、審判期日前に関係者が資料や事実関係についての協議や質疑が行なえるカンファレンス（事前協議）は、非常に重要となっている。

カンファレンス（事前協議）に対する取り組みは、各地域の地方裁判所により異なっており、積極的ではない地域もあるが、審判において対象者の社会復帰に対して意見を求められる精神保健参与員としては、必要がある審判に対しては、積極的にカンファレンス（事前協議）の開催を提案していく姿勢を持たなければならない。

2. 医療観察法における審判内容

刑事訴訟手続における鑑定は、『非鑑定人が当該行為を行ったときの精神状態を精査し、その責任能力の有無・程度について言及する』のに対して、医療観察法の鑑定では、『対象者の医療観察法における医療必要性について意見を述べる』ことになっている。

医療観察法の審判とは、『対象者について医療観察法における医療必要性を判断する』ことである。医療観察法における医療必要性の判断においては、『疾病性』、『治療反応性』、『社会復帰要因』の三つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行うことになっている。そのため、精神保健参与員においても基本的には、この三つの評価軸を基礎として、審判に

において意見が求められる。対象者の処遇の要否・内容を決定するためには、法的判断や医療的な判断に加えて、精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉的視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場などが重要となる。精神保健参与員は、そのような精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉的な視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場などを中心に、審判に取り組んでいくことが期待されている。

医療観察法医療必要性に係る3つの評価軸について、厚生労働省の「司法精神医療等人材養成研修会」で配布している『医療観察法 鑑定ガイドライン（厚生労働科学研究 成果報告「触法行為を行な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」主任研究者：松下正明）』の中で、下記のように記載されている。

- ①『疾病性』とは「対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関連を意味する」。
- ②『治療反応性』とは、「精神医学的な治療に対する、対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さを意味する」。
- ③『社会復帰要因』とは、「処遇の決定に当たっては、対象者の社会復帰という目的を果たすことを促進するあるいは阻害する要因について精査する」。

医療観察法における医療必要性があると判断するためには、『疾病性』・『治療反応性』・『社会復帰要因』のいずれもが一定水準を上回ることが必要である。そのため、急性一過性の精神疾患で鑑定时に『疾病性』が消失してしまっているものや、認知症等の器質性精神疾患で『治療反応性』がないと判断されたもの

については、医療観察法における医療を行わない決定が為されることになる。また、『社会復帰要因』についても、『治療反応性』があり、『疾病性』が高くても、精神障害者の社会復帰施設の手厚いサポートが受けられるなど地域における対象者の社会復帰環境が整っているのであれば、あえて医療観察法の処遇を行なう必要はない場合がある。

医療観察法において入院中、通院中の対象者については、治療やリハビリテーション、社会復帰援助などにより『疾病性』や『社会復帰要因』のうちの双方、あるいはどちらかが改善された場合には、指定入院医療機関や保護観察所より退院申立てや処遇終了の申立てが行なわれることになっている。その場合、現在の改善された『疾病性』や『社会復帰要因』において、対象者に継続的かつ適切な医療並びにその確保することが出来るか、また、必要な観察及び指導を行うことによって、同様の行為の再発の防止できる環境が整っているかなどが、審判において議論されることになる。

特に『疾病性』と『社会復帰要因』との関係では、精神保健参与員は、精神保健福祉分野の専門家として、福祉職の立場から、退院・通院、あるいは処遇終了となった場合での対象者の社会復帰施設利用や福祉制度利用についての内容や妥当性、地域での対象者のケア計画などについて、合議体から助言や意見を求められることが多くなってきている。また、医療観察法における社会的入院の防止や対象者の権利擁護の観点から対象者の立場に立ち、『疾病性』と『社会復帰要因』の評価とともに、地域のケア計画などの進捗状況にも注目し、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等の関わり方に対して、合議体に意見を伝えていく。

「精神保健参与員の関与実態について」

鈴木秀行（東京地方裁判所）

1 平成17年7月15日に「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」という。）が施行され、1年6か月が経過した。東京地方裁判所では、3か部が医療観察法事件集中部として対象事件を扱っており、その担当裁判官を中心として構成された委員会において、定期的に事例報告や情報交換等のための会合を行っている。本稿は、平成19年1月9日に行われた委員会において聴取した結果を報告するものである。

2 精神保健参与員の指定の実態

入通院申立事件では、殆ど精神保健参与員（以下「参与員」という。）を指定している一方、入院継続確認申立事件では、殆ど参与員を指定していない。退院許可申立事件では、当初参与員を殆ど指定していなかったが、平成18年6月に設けられた上記担当裁判官と武蔵病院関係者との意見交換会で示唆を受けて以降、ほぼ全件ないし保護観察所が入院継続の意見である場合等必要性に応じて、指定している。

参与員の具体的な指定方法については、事件ごとに任命する精神保健審判員の医師に参与員を推薦していただく方法が主流であり、審判員の医師に指定を任された場合には以前に指定した参与員に再び依頼することが多い。ただ、参与員経験者を広げるという観点で、参与員名簿（医療観察法15条）ないし参与員経験者からの紹介により、新たな参与員を指定したこともあった。

3 参与員の関与実態について

指定した参与員には、処遇の要否及びそ

の内容につき意見を聴取するため、審判に関与させる（同法36条）ほか、事件に応じて開催されるカンファレンス（事前協議）にも出席していただいている。以下は、各担当裁判官が、実際の事件における参与員の関与について述べた感想を適宜まとめたものである。

- ・ 審判において、参与員の対象者に対する質問によって、病識がないのに病識があると思いついておられるとされた対象者が、実際本当に病識がないのが分かったことがあった。
- ・ 入通院事件で、通院処遇か不処遇か悩ましいケースにおいて、カンファレンスの際に参与員から、今後の治療・地域の援助体制などそれぞれのメリット・デメリットを述べてもらい、処遇選択の参考になった。
- ・ 入院決定をするにあたり、参与員から様々な角度から質問してもらって対象者の納得につながった。
- ・ 審判では、参与員としてその専門家の立場から、対象者のほか、その家族等関係者にも質問をしてもらい、関係者の認識が深まった。
- ・ 参与員には評議にも参加してもらい、社会復帰のためにどういう点の改善が必要かという観点から有益な意見を聴取し、それを踏まえ、決定案文についてもアドバイスを得た。
- ・ 社会復帰調整官の言葉を理解するのに参考になった。

A. 研究の目標

地方裁判所ごとに対応を模索している心神喪失者等医療観察法の審判方法について、その実態を調査するとともに、審判全体の流れを検証し、より良い審判の方法とそれに関わる精神保健参与員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、精神保健参与員の業務を適切に行っていくための養成課程やその研修方法を探っていく。

B. 研究方法

精神保健参与員の業務実体を調査するとともに、その調査内容を検証し問題点を明らかにしていく。医療観察法の施行後1年間は、検察官が申立てる当初審判が、医療観察法の審判の大部分を占める状況であり、『社会復帰要因』が問題となりやすい『退院申立て』や『処遇終了申立て』は、ほとんどない状況にあり、精神保健参与員がその専門性を発揮する場面も、相対的に少なかった。昨年の全国精神保健参与員の業務実態調査でも、初期の当初審判での精神保健参与員は、対象者の精神症状が軽く、医療観察法による通院医療や不処遇などの可能性が大きい場合などの限定的な場面において、意見を求められることが多かった。しかし、法施行2年目以降、医療観察法の審判において『退院申立て』や『処遇終了申立て』が増えていく都度に、退院申立て審判や処遇終了申立て審判において、『社会復帰要因』の重要性が認められ、精神保健参与員への意見をもとめる場面が増えている。特に、その対象者の生活スキルに対応した援助方法、社会復帰施設や福祉関連制度などの社会資源の活用、緊急時対応計画（クライシスプラン）などの『社会復帰要因』に関するものを中心に、意見を求められることが多くなってきている。そのような、法施行2年目以降の医療観察法の審判において『退院申立て』や『処遇終了申立て』の状況での正確な精神保健参与員の業務実態を把握し、精神保健参与員の研修方法の開発に、反映させ精神保健参与員の業務内容にあった研修内容、方法等を考えていく。

※事前カンファレンス、審判期日を行った精神保健参与員に対する聞き取り調査

1. 対象：実際に事前カンファレンス、審判期日を行った精神保健参与員（事前カンファレンスを行っている地方裁判所の精神保健参与員を中心に）
2. 調査期間：平成19年8月～12月
3. 調査方法：研究協力者による精神保健参与員への直接聞き取り調査
対象 25事例 平成17年9月～平成19年11月（精神保健参与員関与審判ケース）
4. 調査事項
 - ①医療観察法の審判・カンファレンスでの精神保健参与員の関わりの実際
 - ②当初審判、継続審判、退院審判における精神保健参与員の業務内容の違い
 - ③医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸と精神保健参与員の関わり

C. 研究結果

C-I 医療観察法審判での精神保健参与員業務の実際

1 医療観察法審判の概要

医療観察法の施行後1年間は、まだ、退院申立てや医療終了申立て等の審判がほとんどなく、対象行為により検察官が申立てる当初審判が、医療観察法の審判の大部分を占める状況であった。精神保健参与員は、医療観察法の審判では、対象者の地域における処遇や環境要因などの『社会復帰要因』の評価や『疾病性』と『社会復帰要因』との関係性等について、その専門的知識や意見を求められることが多い。昨年の全国精神保健参与員の業務実態調査でも、初期の当初審判での精神保健参与員は、対象者の精神症状が軽く、医療観察法による通院医療や不処遇などの可能性が大きい場合などの限定的な場面において、その対象者の生活スキルに対応した援助方法、社会復帰施設や福祉関連制度などの社会資源

の活用、緊急時対応計画（クライシスプラン）などの『社会復帰要因』に関するものを中心に、意見を求められることが多かった。

そのため、精神保健参与員は、このように『社会復帰要因』が中心的な議題となる一部の審判では、活発な発言がみられたものの、医療観察法の初期の状況では、事前協議（カンファレンス）や審判期日等などの審判において、精神保健参与員が発言する機会は、総じて比較的少ないとみられていた。

しかし、今年度の班研究での精神保健参与員の聞き取り調査では、医療観察法の審判において『退院申立て』や『処遇終了申立て』が増えていく都度に、退院申立て審判や処遇終了申立て審判において、『社会復帰要因』の重要性が認められてきている。また、当初審判においても、通院決定や不処遇の決定が予想以上に多く、そして、医療観察制度に対する理解が進み、地域での環境要因などを考慮することによる「入院と通院」、あるいは「通院と不処遇」等を迷う複雑なケースが認識されてきたことなどで、『社会復帰要因』の重要性がより意識され、事前協議（カンファレンス）や審判期日で取り上げられる機会が増加している。それに伴い、精神保健参与員が意見を求められる場面も増えてきている。

2 医療観察法における医療必要性の判断

刑事訴訟手続における鑑定は、『被鑑定人が当該行為を行ったときの精神状態を精査し、その責任能力の有無・程度について言及する』のに対して、医療観察法の鑑定では、『対象者の医療観察法における医療必要性について意見を述べる』ことになる。

医療観察法の審判とは、『対象者について医療観察法における医療必要性を判断する』ことである。医療観察法における医療必要性の判断は、『疾病性』、『治療反応性』、『社会復帰要因』の三つの評価軸に時間軸を組み合わ

せて評価を行うことになっている。そのため、精神保健参与員についても基本的には、この三つの評価軸を基礎として、審判において意見が求められる。対象者の処遇の要否・内容を決定するためには、法律的判断や医療的な判断に加えて、精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉の視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場が重要となる。精神保健参与員は、そのような精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉的な視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場を中心に、審判に取り組んでいくことが期待されている。

医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸について、厚生労働省の『司法精神医療等人材養成研修会』で配布している『医療観察法 鑑定ガイドライン（厚生労働科学研究 成果報告「触法行為を行な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」主任研究者：松下正明』の中で、下記のように記載されている。

- ①『疾病性』とは『対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関連を意味する』。
- ②『治療反応性』とは、『精神医学的な治療に対する、対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さを意味する』。
- ③『社会復帰要因』とは、『処遇の決定に当たっては、対象者の社会復帰という目的を果たすことを促進するあるいは阻害する要因について精査する』。

※ 『社会復帰要因』については、一部に『社会復帰阻害要因』として記載されているものもあるが、厚生労働省の正式な用語としては、『社会復帰要因』で統一することとなっている。精神保健参与員においても、福祉を基盤とする専門職として「エンバワメント」の考え方

や「国際障害分類 (ICF)」等に見られるプラスの評価を基本とした姿勢を維持し、社会復帰阻害要因的な評価ではなく、社会復帰のための要因として評価する視点が求められている。

医療観察法における医療必要性があると判断するためには、『疾病性』・『治療反応性』・『社会復帰要因』のいずれもが一定水準を上回ることが必要であるとされている。そのため、急性一過性の精神疾患で鑑定時に『疾病性』が消失してしまっているものや、認知症等の器質性精神疾患などで『治療反応性』がないと判断されたものについては、医療観察法における医療を行わない決定が為されることになる。また、『社会復帰要因』についても、『治療反応性』があり、『疾病性』が高くても、家族や精神障害の福祉関連施設等の手厚いサポートが受けられる等地域における対象者の社会復帰環境が整っているのであれば、あえて医療観察法の処遇を行う必要のない場合がありうるであろう。

医療観察法において入院中、通院中の対象者については、治療やリハビリテーション、社会復帰援助等により『疾病性』や『社会復帰要因』のうちの双方、或いはどちらかが改善された場合には、指定入院医療機関や保護観察所より退院申立てや処遇終了の申立てが行われることになっている。その場合、「対象者が指定入院医療機関において、引き続き医療観察法での入院治療が必要なのか」、治療や退院調整などによって改善された現在の『疾病性』や『社会復帰要因』において、「対象者に継続的かつ適切な医療並びにその確保することが出来るか」、また、「必要な観察及び指導を行うことによって、同様の行為の再発の防止できる環境が整っているか」などが、審判において議論されることになる。

3 医療観察法における審判内容と社会復帰

要因

医療観察法における医療必要性の判断は、『疾病性』、『治療反応性』、『社会復帰要因』の三つの評価軸を中心に行われている。この中で、当初審判において、『社会復帰要因』が『疾病性』と『治療反応性』とともに中心的な議題となるのは、対象者の精神症状が比較的軽く、医療観察法による通院治療や地域処遇の可能性が大きい場合が多い。また、当初審判においては、対象行為時の強い精神症状により心神喪失、心神耗弱で不起訴となっている点や対象行為時から、まだあまり時間も経過していないことなどから重篤な精神症状を持つ対象者も多く、医療観察法による入院治療の必要な対象者が多かった。そして、医療観察法施行初期の当初審判においては、『疾病性』の有無やその重症度、『治療反応性』の有無等により、医療観察法における『入院治療』や『通院治療 (入院によらない治療)』、『不処遇 (医療観察法では処遇しない)』を判断する傾向が顕著で、『社会復帰要因』が重要視されることは比較的少なかった。

当初審判における対象者は、いままでに精神科医療や保健、福祉関連の制度に関わりのなかった未治療ケースや長期の医療中断ケースの対象者が多く、医療機関、保健所、精神障害者関連の社会復帰施設が援助体制の構築や家族も含めた関係者の調整等の対象者のケアマネジメントを、当初審判期間の2ヶ月程度で一から行っていくことは困難な場合が多い。医療観察法でのケアマネジメントの中核となる社会復帰調整官に、当初審判中の地域環境調整、処遇計画の作成等が基本的には認められていないため、対象者へのケアマネジメントの役割を実際に担当する者がいない場合など、審判期間中に『社会復帰要因』を改善することが難しかった。そのため、当初審判においては、『社会復帰要因』が、対象行為の当時と変化することが比較的少なく、初期に

は、『疾病性』と『治療反応性』について評価が議論の中心となり、『社会復帰要因』は、相対的に小さく扱われてしまうことがあった。そして、医療観察法の審判における『社会復帰要因』は、『疾病性』や『治療反応性』に比べ、審判決定への影響が少ないと思われることも多かった。

しかし、実際の対象者の地域処遇を判断するうえにおいて、『社会復帰要因』は、『疾病性』を補完する要因として、きわめて重要である。一般の精神医療においても、精神障害者が退院し、社会復帰していく過程では、医療機関、保健所、精神障害者関連の社会復帰施設などの援助体制の構築や家族も含めた関係者の調整など、医療観察法において『社会復帰要因』とされる援助の体制や緊急時対応（クライシスプラン）等が重要となる。特に『疾病性』の重い、あるいは生活スキルなどに問題を抱えた精神障害者の社会復帰・地域生活では、これらの『社会復帰要因』とされる援助体制や緊急時対応（クライシスプラン）等を整えること、総合的な地域における処遇計画の作成することが必要であり、地域生活への円滑な移行には、非常に有効とされている。そして、これらは、精神障害者が地域で生活していくための重要な評価項目とされている。

D. 考察

精神障害者のケアマネジメントや地域ケア計画を評価していくうえで必要なのは、精神障害者の精神症状、障害程度など『疾病性』の把握と、対象者の生活スキルに対応した援助方法、社会復帰施設や福祉関連制度などの社会資源の活用、援助体制や緊急時対応（クライシスプラン）など、『社会復帰要因』についての内容の正確な理解である。また、病状（『疾病性』）と地域や家族などの環境要因や緊急時対応計画も含めた援助計画等（『社会復帰要因』）のバランスなど総合的な評価が重要と

なる。

一般の精神医療・福祉分野において、退院できる病状と地域生活には、ある程度の隔りがある場合が多く、それを埋めるものとして精神障害の社会復帰施設や福祉関連制度など社会資源が整備されてきた。医療観察法の対象者は、退院できる病状と地域生活の間に、より隔りが大きくなる場合が多く、総合的な地域における処遇計画（医療観察法においては『処遇実施計画』）や環境要因など『社会復帰要因』に関する評価が、医療観察法の審判において重要になっている。

また、精神保健参与員は、医療観察法における社会的入院の防止や対象者の権利擁護の観点から、『疾病性』と『社会復帰要因』の評価とともに、『疾病性』と地域のケア計画等の進捗状況に着目し、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等の関わり方自体について、合議体に意見を伝えていくことも多くなっており、このような役割も、今後、重要性を増してくるであろう。

（国立精神・神経センター 三澤孝夫）

「精神保健参与員ハンドブック」の作製

最終年となる本年度は、初年度、2年度の成果をもとに、精神保健参与員の業務に必要な審判方法の流れや事前協議等の方法、審判で必要とされる資料などを冊子にまとめ、実際の審判における精神保健参与員の業務に役立つこととした。当初は、DVDで作成したものを各地で行われ始めている、それぞれの研修用教材として、各地方裁判所や職能団体等に配布する予定であったが、このような研修会は、各地域で通常1年から数回程度の開催頻度しかないこと、実際の業務で使用できるガイドブックなどの要望が多かったことから、まずはハンドブックの形式で作成し、個別の各精神保健参与員に広く配布することとした。

ハンドブックの内容については、厚生労働

省の委託によって行われている講義や教材集、最高裁等の医療観察法の法文に対する解釈、国会審議過程での法文についての説明や判定基準等を中心に、各種の図表や模擬資料等を挿入し、精神保健参与員が必要な資料をできるだけ盛り込んだ。また、精神保健参与員の選任から審判、事前協議、審判期日など、医療観察法の審判の流れに沿って、精神保健参与員の業務に必要な項目を網羅したものを作

成した。

特に、審判（事前協議や審判期日）などで必要となる医療観察法審判関連資料の解説、医療観察法における医療必要性の考え方、医療観察法における医療必要性の判断（“疾病性”、“治療反応性”、“社会復帰要因”）の三つの評価軸等を詳しく説明するとともに、当初審判と入院継続申立て審判、退院申立て審判の違いなども取り上げた。