

一度限りであろうから。

[1] 通院先が継続される場合

A. 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。

B. 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）

C. 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。

D. 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

A. 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。

B. 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）

C. 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。

D. 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。

[1] 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。

[2] 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。

[3] 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。神奈川県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。

(1) 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、雇用の予算、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はどうなのか。

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のように処理しているのか。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ところ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。

(2) 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伴うこと。

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、順度の違いこそあれ、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、正に個別性を鑑みた場合、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速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する。

①PSWがこれまで行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。

④ PSW 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る。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)

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

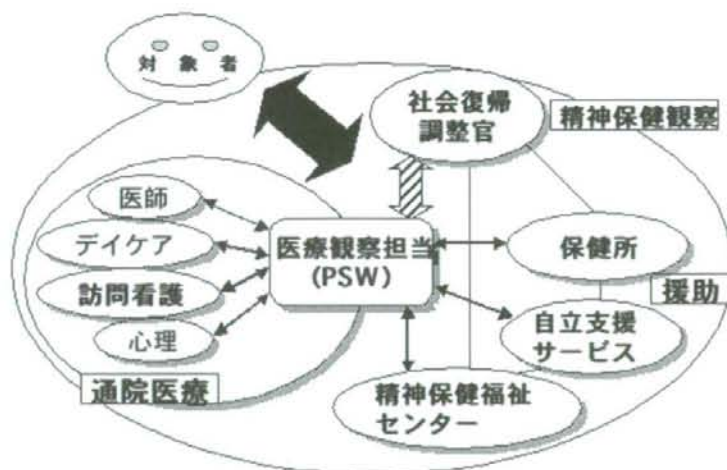


図 1 地域での連携イメージ

(V) 地域精神保健福祉関係機関に所属する精神保健福祉士の役割に関する研究

1. 研究目的

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。

2. 方法

医療観察法における対象者の地域処遇に関与する地域精神保健福祉関係機関として、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を対象とし、アンケート調査および共同研究者による集団討議により、地域精神保健福祉関係機関における関与の実態と課題を検討した。

A. 精神保健福祉センター

1. 研究方法

- (1) 精神保健福祉センターに対するアンケート調査
- (2) 事例検討(ケア会議等でセンターが関わった医療観察法対象事例への対応の実態)
- (3) 社会復帰調整官による集団討議を実施し、分析・検討を行った。

2. 研究結果

- (1) 全国センターアンケート調査

A. 調査の概要

- 1) 調査名称：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
- 2) 調査目的：地域精神保健福祉活動の中核的機関であるセンター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：各都道府県および政令指定都市に設置されるセンター 64 カ所
内訳：47 都道府県（東京都 3 カ所）および 15 政令指定都市
- 4) 調査期間：平成 18 年 11 月 9 日～11 月 27 日
- 5) 調査方法：記名式アンケート調査
- 6) 調査協力：全国精神保健福祉センター長会
- 7) 回収状況：64 カ所（回収率：100%）

B. 調査結果

1) センター職員の配置状況（図 1）

平成 18 年 10 月 1 日現在、全国のセンターには職種別に精神科医師、精神保健福祉士、看護職である保健師や看護師、臨床心理士、作業療法士の他、事務職、その他で、常勤職員 1086 人、非常勤職員 318 名が配置されている。（その他の職種：薬剤師や栄養士、言語聴覚士など）

各センターの職種別登用状況を見ると、登用率の高い順に精神科医師（100%）、保健師（97%）、事務職（97%）、臨床心理士（89%）、精神保健福祉士（55%）、作業療法士（38%）、看護師（25%）、その他（50%）であった。精神科医師や保健師は、ほぼ、すべてのセンターに配置されていたが、精神保健福祉士は全センター中 35 センターしか配置されていなかった。（図 2）

一方、精神保健福祉士の登用では、未配置のセンターもあるが、病院や社会復帰施設等を併設する総合センターを含め規模の大きいセンターでは、埼玉県 29 人、都立中部 18 人、大阪府 13 人、千葉県 11 人などと 1 センターで 10 人以上の精神保健福祉士が配置されていた。

なお、各センターの職員数規模を見ると 31

人以上の職員数を有する大規模センターは、都立中部(91人)都立多摩(72人)、埼玉県(57人)、大阪府(42人)、神奈川県(33人)であり、5人以下の小規模センターは岩手県(5人)、福井県(5人)で全国のセンターの平均職員数は16.9人であった。(図3)

医療観察法に係わる職種別対応(比率)では、精神科医師133人中、判定医として登録のあった者は20人(15%)。参与員として登録のあった者は、精神保健福祉士148人中、16人(11%)。保健師189人中、12人(6%)であった。(図4)

2) 判定医および参与員として事例に係わった実績

平成17年度は、判定医14件、参与員19件の計33件、平成18年度は、判定医17件、参与員20件の計37件であり、調査時点が平成18年度途中であることを考えた場合、平成18年度の関与の実績が17年度実績を上回った。(図5)

3) 判定医および参与員として関与する際の「身分上のあつかい」

26センターから回答を得たが、多い順に職務専念義務免除10(38.5%)、業務内対応6(23.1%)、兼業許可申請等(受託許可など)5(19.2%)、休暇1(3.8%)、その他4(15.4%)であり、職務専念義務免除としたセンターが一番多かった。(図6)

4) センターの業務内容

「精神保健福祉センター運営要領」平成8年1月19日健医発第57号、厚生省保健医療局長通知(平成14年3月29日障発第0329008号改正)に規定されているとおり、企画立案、技術指導及び技術援助、教育研修、普及啓発、調査研究、精神保健福祉相談、組織育成、精神医療審査会の審査業務や自立支援医療及び保健福祉手帳の判定業務などがあ

り、地域精神保健福祉活動推進の中核となる機能を備えることを規定している。

本調査ではその中で、「今後、積極的に取り組む必要のある事業」について、5つの事業を選択してもらった。(図7)

結果を多い方から上位を見ると「自殺予防関連事業」54(84.4%)、「技術協力援助業務」48(75%)、「精神保健福祉相談」25(39.1%)、「思春期関連事業」25(39.1%)、「普及啓発事業」22(34.4%)、「災害時心のケア事業」22(34.4%)の順であり、「医療観察法関連事業」(13番目)を掲げたセンターは5センター(7.8%)にとどまった。

5) 「現在、業務量の比重の高い事業」

5事業を選択してもらった。その結果を多い方から上位を見ると「精神保健福祉相談」50(78.1%)、「自立支援医療の判定業務」41(64.0%)、「保健福祉手帳の判定業務」38(59.4%)、「精神医療審査会業務」38(59.4%)、「技術協力援助業務」31(48.4%)、「自殺予防関連事業」18(28.1%)の順であり、「医療観察法関連事業」を掲げたセンターは1カ所もなかった。(図8)

6) 地域関係機関等に対する技術指導・援助の状況

市町村や社会復帰施設等へ随時、技術指導・援助を行っているとしたセンターが54カ所あり、定例的な関わりを含め、ほとんどのセンター技術指導・援助を行っていた。

ただ、今回の調査(設問)では、各センターの管内人口規模や市町村合併の状況や社会復帰施設等の内訳など、調査時期や対象施設の特定など、条件設定が不十分であったことから、十分な回答を得ることができなかった。さらに、平成18年10月施行の障害者自立支援法に伴う旧精神障害者社会復帰施設(精神保健福祉法)の新類型移行など、各地域に

おける移行経過や推移を見ていく必要もあり、今後、時期を改めて、各センターが実施している技術指導・援助に関する再調査を行うこととしたい。(図9)

7) 医療観察法関連業務の担当部署

「ある」32(50%)、「無い」32(50%)であり、窓口を設置しているセンター、無いセンターが半々となった。(図10)

また、「ある」と回答したセンターでは、32センター中、17カ所(53.1%)に精神保健福祉士を配置していた。なお、窓口の名称は、ほとんどが課名や係名であった。

8) センターの担う医療観察法関連業務

「運営協議会」や「ケア会議等への参加」47(73.4%)が一番多く、続いて「技術指導等」28(43.8%)、「研修企画運営」10(15.6%)、「業務全体への広域調整」9(14.1%)と続き、「関与がない」としたセンターは6(9.4%)となった。(図11)

9) 医療観察法に関する研修

平成17年度、18年度共に「実施している」11(17.2%)、「実施していない」53(82.8%)であり、両年度共に実施したと回答したセンターは11センターであった。また、医療観察法に関する研修の名称は様々であるが、市町村や都道府県保健所等の行政機関、社会復帰施設等を含む関係機関の職員を対象とした研修が多くを占めた。(図12)

10) ケア会議等への出席要請

今まで「ある」40(62.5%)、「無い」24(37.5%)となった。また、保護観察所からケア会議等への出席要請があった場合の対応については、「必ず出席する」33(51.6%)、「必要に応じて、出席する」30(46.9%)とほとんどのセンターが出席すると回答した。(図13)

また、現在、関与しているケア会議等の種類では、「保護観察所の開催するケア会議」43(67.2%)、「CPA会議」10(15.6%)、「裁判所で開催する事前会議」6(9.4%)であり、「関与していない」と回答したセンターは18(28.1%)であった。(図14)

ケア会議への関与の実際では、64センター中、半数以上の35センター(55%)がケア会議に関与していた。

年度別職種別の関与の状況(延件数)は、平成17年度63件、平成18年度218件であり、平成18年度は年度途中でありながら平成17年度の関与した延件数の約3.5倍の関与があった。

職種では、多い順に平成17年度、精神保健福祉士28件(44%)、保健師17件(27%)、精神科医師5件(8%)であり、平成18年度は、精神保健福祉士89件(41%)、保健師74件(34%)、精神科医師16件(7%)であり、職種の中では両年度共に精神保健福祉士の関与した事例が多かった。(図15)

11) また、対象者の今後の治療計画や方針を検討するCPA会議への参加については、「参加している」9(14.1%)、「参加していない」26(40.6%)、「CPA会議の開催がない」27(42.2%)、「その他」2(3.1%)となった。CPA会議が実際に開催され、「参加している」と回答したセンターは9カ所に限られ、「参加していない」「CPA会議がない」を合わせると参加していないセンターは全体の8割以上となった。

ただ、CPA会議(Care Program Approach会議=入院処遇中に指定医療機関などで開催される処遇に関する会議)については、調査実施段階で問い合わせもあり、名称自体がまだ一般的でなく、全国的に十分周知がなされていないこともわかった。(図16)

12) 保護観察所が作成する今後の処遇実施計画書に基づく地域処遇上のセンターの役割

「関係機関連携・支援」を掲げるセンターが一番多く46センター、以下、「訪問・指導」「家族支援」各5センター、「面接」4センター、「その他」15センターとなった。「その他」の具体的記載では「スーパービジョンを行う」「助言」などであった。(図17)

13) 医療観察法対象者の地域支援において、センターに期待される機能

「保健所や市町村に対する技術協力および援助業務(管内広域調整業務を含む)」が56センター(87.5%)と一番多く、「社会復帰調整官等関係者との連携」42センター(65.6%)、「研修等の企画運営」20センター(31.3%)、以下、「啓発活動」や「マネジメント機能」、「各関係機関との連携」の順で、「その他」では「警察等への啓発も必要」といった意見も見られた。(図18)

14) 今後の医療観察法関連業務への関与

「質的・量的にもっと関わる必要がある」7センター(10.9%)、「現状維持でよい」16センター(25%)、「必要に応じ関与していけばよい」40センター(62.5%)「関与していく必要はあまりない」1センター(1.6%)で、ほとんどのセンターが今後何らかの関与が必要であると回答した。(図19)

15) 医療観察法による地域処遇において、今後必要と考えられるもの

自由記載にあるように「司法・医療・保健福祉の各機関の連携」や「地域処遇上の各関係機関の役割の明確化」など、地域における連携強化が課題であるとする意見が多く見られた。また、「家族支援や被害者支援の強化」や「社会復帰施設の充実と窓口の明確化」マンパワーの充実強化として「指定入院機関や

精神保健福祉センターへの専任職員の配置」の必要性に関する意見も多く、さらに約1年が経過した医療観察法ではあるが、対象者の真の社会復帰を目指すのであれば「医療観察法全般に対する理解と知識の普及」不可欠であるとする意見も見られた。

特に「入院から地域処遇に移行した際の処遇上の対応やサービスの格差」、「社会復帰のための地域の資源不足」について、指定入院医療機関では、手厚い医療や豊富なマンパワーにおける治療が行われている一方、通院を含む地域処遇の現場では、入院処遇と同様の手厚い支援を期待したくても、サポートする人材の育成や人員配置及び社会資源の面で大きな格差があり、地域処遇における支援体制の強化を期待する声も見られた。(図20)

16) 本調査の実施に当たって、平成18年5月31日現在の全国都道府県別の審判申立件数一覧表を調査票に添付し、各センター所長の見解を求めた。(図21)

検察官による申立て件数の地域格差に関する見解では、全体の半数である32センター(50%)が「妥当な数である」とし、「多いと思う」「少ないと思う」が各11センター(17.2%)となった。ただ、無回答は10センター(15.7%)と予想以上に多くあった。

申立て件数に関する背景や理由について、自由記載を見ると、まず「妥当である」とした意見では「精神保健福祉法制下の特に25条通報等に基づく措置入院件数などから見て、申立件数は妥当である」、「申立件数としては、妥当だと考えられるが、実際の申し立ての決定がどのように行われているのかなど、情報が得られておらず、適切な運用が行われているかどうか、不明である」などの意見があった。

一方、「多いと思う」と言う意見では、「本来、措置入院で対応ができていたような事例やアルコール離脱症状、振戦せん妄なども挙がっ

てきており、基準が課題である」、「比較的軽微な事件までその対象となっている可能性が考えられる」、「重大な他害行為をどの範囲まで取るかによって、地域差が出る。1週間未満の傷害でも、申し立てる所とそうでない所がある」、「医療観察法の対象者を軽犯罪者まで広げており、恣意的に医療観察法を解釈している」などの意見があった。

さらに、「少ないと思う」と言う意見では、「予想数として、説明を受けていた数は非常に少ないと思う。また、不処遇の多さが大きな問題だと思う」「申立件数自体は妥当だと思われるが、不処遇件数が意外と多い印象。本当に不処遇でよかったのか疑問であり、その辺を明らかにしていく必要がある」などの意見が見られた。

(2) 事例検討

県型センターが関わった以下の2事例

(事例1「当初審判から通院決定が出た場合」、事例2「指定入院中から退院審判を待つまでの経過」)について、関与の要請から地域処遇上の関わりの実際、関係機関との連携や役割分担などの他、現状の課題を整理し、考察を加えた。

なお、事例検討については、個人情報保護に関し、倫理的配慮を行った。

【事例検討のまとめ】

(県型)精神保健福祉センターにおける医療観察法への対応事例

I. 事例1「当初審判から通院決定が出た場合」
(6) A精神保健福祉センター(以下、Aセンター)が事例を受理した所内の経過

社会復帰調整官より「医療観察法(以下、同法)の申立事例が、当初審判にて通院決定が出そうであり、決定の際には地域で開催されるケア会議への参加して欲しい」旨の要請

(電話ののち先方から来所あり、口頭依頼)があった。Aセンターでは技術援助部門が受理後の事務取扱を行った。ケア会議等への直接的な対応については、具体的な担当窓口がはいまなままであったが、同法対象者の居住地技術援助担当者(以下、担当者)がケア会議に出席することとし、対応していくこととした。

個別記録の扱い、ケア会議で得た情報の保管などは議論されておらず、ケア会議参加要請時から会議開催までの日程がなく、取り急ぎ的な対応となってしまった。

2) 同法対象者の対象行為及び同法処遇決定までの精神保健福祉法としての対応

未成年の女兒に抱きつくといった行為により逮捕。拘留中に病状不安定になり、医療保護入院。勾留期限後24条通報により、措置入院となっている。

3) 同法指定通院医療対象となった理由

措置入院中に鑑定入院命令となり、鑑定入院先に転院。「現在の状況を理解できず、本件の客観的事実は想起できるが、精神変調に対する洞察はない」との理由から通院決定となっている。

4) 対象事例の概要

30歳代男性。高卒後、工務店等での職をするも、長続きせず、アルバイト等で生活。20歳時、食欲不振・不眠があり、精神科初診のち入院している。以降、通院を継続しながら精神科デイケア等を利用し生活していた。その間7回の入退院を繰り返している。本法での地域処遇にいたる前まで継続した精神科医療を受けていた。5人家族、三人同胞の長男。父母本人と三人暮らしで、第二人は婚姻し別居している。

5) 同法通院決定後の地域処遇の実際

保護観察所の呼びかけで、本人、社会復帰調整官、同法対象者居住地自治体精神保健福祉担当者、県保健所精神保健担当、指定通院医療機関職員、担当者で第1回のケア会議が開かれた。社会復帰調整官から事前説明を受け、同法対象者の地域生活のイメージを共有し、具体的なサービスの方針について、ケア会議で確認した。

同法対象者情報については、保護観察所社会復帰調整官が集約し、各機関に適宜提供し共有している。直接処遇に関しては、自治体精神保健福祉担当者、県保健所精神保健担当者、指定通院医療機関職員が面接や訪問を行い、詳細な同法対象者の状態の把握に努め、共有していくこととなった。また、指定通院医療機関が地理的に離れた場所であったことから、元来通院していた精神科医療機関の診察、精神科デイケアを併せて利用することが検討された。

同法以外の精神科医療については、保険診療で、自己負担がかかるため、各種社会保険制度の申請を改めて行うことや、現状までの社会保険制度利用状況から障害年金の等級変更など詳細な地域生活の見直しや検討が行われた。

これらの検討は、2ヶ月に1度のケア会議を中心に行われ、現在まで約半年経過している状況である。

同法対象者の場合は、事件前も精神科医療、福祉サービスを受けていたが、事件を起こしてしまっている。各機関がそれぞれ各種サービスを提供していたが、情報が共有されずに経過されていた例であり、改めて、ケア会議の場面でサービスの提供とその評価、情報共有のあり方を確認した。

同法対象者の地域処遇（精神保健観察）は、居住地における現在の地域精神保健福祉サービスを中心に進められており、Aセンターは

適宜その情報を共有し、補完的な役割を意識しケア会議に参加している。

6) 半年間をふりかえって

地域生活移行の中で、病状の揺れもあったことから、随時関係者が状況に関する情報共有を図りながら処遇を進めてきた意義は高い。本来的な精神障害者の地域生活支援から考えれば、当たり前なことをより丁寧に意識しながら関わっているという印象である。同法対象者に対する適切な地域生活移行体制については、関係者、機関同士の役割のコンセンサスなどはまだ詰め切れていない。今回の同法対象者は、意味合いとして地域処遇（精神保健観察）が精神障害者の地域生活支援と同義で考えられた。しかし、1例のみの結果であり、多様な対象者像（人格障害や薬物依存症、外国人の精神障害者等）が考えられる同法の対象者においては、現行の地域精神保健福祉体制でのサービスやノウハウでは対応しきれない可能性も否定できない。

Aセンターにおいては、以下の課題があげられており、地域処遇の一員として関わりながら、処遇のあり方についての模索が続いている最中である。

(6) 個別記録（個人情報）の管理

個人情報保護や情報開示も想定した情報管理、同法に基づく公文書（個人に係る処遇実施計画書や居住地等通知書等）の扱いに関しては、未だ検討のさなかである。

② Aセンター内での体制

対象者が少ないことから、受理から処遇にいたるマネジメントや今後増加する対象者処遇のまとめを考えるとといったAセンター内の役割分担が不明瞭である。現在は一担当が担当しているが年間数十単位で増加する同法対象者への対応には、限界があり、センター内での業務体制の見直しが求められる。

③精神保健観察後の地域精神保健福祉体制へ

の移行について

各地域では、障害者自立支援法にともない、支援体制の再編が行われており、それらを踏まえた支援のあり方を十分検討していく必要がある。

④多様な精神障害者像への対応

既存の地域精神保健福祉サービスでは対応困難な事例の地域生活支援など、未だ不確定である。依頼がある事例への対応を継続するのと並行に、それぞれの事例への対応を振り返り、検証していく必要がある。

Ⅱ. 事例 2 「指定入院中から退院審判を待つまでの経過」

(6) B 精神保健福祉センター（以下、Bセンター）が事例を受理した所内の経過

保護観察所社会復帰調整官より「同法入院 2 ヶ月目の急性期から回復期に移ろうとする時期の対象者についてだが、同法指定入院医療機関から CPA 会議（Care Program Approach、医師・看護・PSW・OT・心理などの医療スタッフがチームを組んで治療にあたり、治療経過に伴う病状変化、治療方針などを検討）が呼びかけられ、保護観察所招聘の病院でのケア会議を兼ねて開催したいので参加してほしい。」旨要請があった。

Bセンターでは、事例を巡る関係者支援は技術支援所管の地域担当が窓口対応するのが通常だが、対象者の居住地域が未定であり、Bセンター内の受入れシステムが整っていなかったため、新規事業や企画を所管する係で関係機関調整という立場で当面は受理し、居住地域が絞られた時点で、地域技術支援担当へ引き継いでいくこととした。

2) 同法対象者の対象行為

自宅を訪ねてきた義兄を自宅にあった包丁で殺害。叫び声をきいて隣家の住民が 110 番通報。駆けつけた警察官にその場で「殺人」

の現行犯で逮捕された。

3) 同法指定入院医療対象理由

同法鑑定入院の結果「診断名が妄想型統合失調症であり、これに基づいた対象行為を起こした。治療反応性はあるが病識がなく社会復帰への環境調整も困難であり同法による入院が必要」とされた。

4) 対象事例の概要

30 歳代男性。高卒後、職を転々とし、20 歳代より不眠・被害感が出現し、母親への暴力から医療保護入院。その後、通院するも不規則。20 歳代後半、近医に受診先を変更するも通院せず、親が薬だけ取りに行くが、服薬も不規則。3 年後、兄弟が結婚を機に家を離れ親への暴力が頻繁になり、措置入院を 2 度経験、2 度目の措置入院後に対象行為に至る。

5 人家族、3 人同胞の第 2 子長男。暴力による被害を被ってきた家族は退院後の引受を拒否し、すぐ自宅に戻すことは困難であった。

5) 同法入院中のケア会議等を通しての支援の輪作り

退院に向けてのケア会議では、薬物治療により症状の改善がみられ、服薬の自己管理の習慣は定着し、病識の希薄さはあるが対象行為に関する内省が出てきて、妄想との距離が徐々にとれるようになったことが確認された。対象者は、複数の社会資源を病棟職員や社会復帰調整官と同行見学し、ケア会議兼 CPA 会議で様々な角度から情報提供され、居住地域もイメージを整え、家族の住む隣接市を居住地域の目標と定めた。

ケア会議への参加者は、①地域がほぼ確定した段階で地区担当保健師が、②次に自炊等の生活技能訓練ができる生活訓練施設職員が、③さらに指定通院医療機関地域支援機関が順

次加わり、増えていった。

対象者が希望する生活訓練施設でも同法対象者は初めてであり、ケア会議参加を通じて同法入院治療プログラムの内容を理解し、本人・家族・保健所等関係機関職員との関係を築いていった。生活訓練施設への入所判定会議には、社会復帰調整官、指定入院医療機関の精神保健福祉士も入り、訓練目標の再確認を行なった。また指定入院医療機関の職員同伴で生活訓練施設の体験泊、外泊を行なった。生活訓練施設には3ヶ月入所し、その間、通所授産施設に通い就労準備訓練をしながら、単身アパート生活に向けて訓練する方針となった。同法入院18ヶ月で退院審判が申請された。地域処遇にはまだ至っていないが、指定入院医療機関入院中に、対象者を居住地域で生活支援する輪が築き上げられ、対象者にとって地域生活イメージをつかみ易くなったと思われる。

6) Bセンターが担った役割

①保護観察所社会復帰調整官の関係機関連絡の側面支援を第1の目標にした。

②支援機関への支援

ア) 居住予定地の保健センターにとっても初めての同法対象者であったため、社会復帰調整官を講師にして管理職も含めた市職員への同法制度運用に関する臨時研修会の開催を支援した。担当者との事例検討会を重ねた。地区担当保健師がケア会議に出席し易い様に所属機関に働きかけた。

イ) 生活訓練施設全職員へ同法及び対象者に関する理解を深めることへの側面支援とその後の支援を行なった。当該生活訓練施設は従来からも重大犯罪歴がある方々への事例支援を重ねて来た実績があったが、あらためて、指定入院医療機関の精神保健福祉士や社会復

帰調整官を講師にして、具体的にかつリアルに同法運用のイメージがつかめるようスライド等を使っての説明会を行った。また生活訓練施設の危機管理マニュアル改訂作成への側面支援を行った。

③ケア会議やCPA会議への参加と、そこでの事例支援を巡る諸課題の整理を行ない、学び、広域支援にも役立てた。さらに、県庁所管課や保護観察所と協力しながら県内の関係機関職員向け研修開催に寄与した。

④同法施行の1、2年目ということもあり、Bセンター内での同法運用上の課題を共有化するため、管理職の精神科医師をコーディネーターにして、計画、技術援助、研修、広報、訓練各部門の職員で構成する医療観察法プロジェクトチームをつくり、管理職会議に適時報告する体制をとった。

⑤県庁所管課、保護観察所、Bセンターとで3者会を定期的に組織し、県内の課題を共有するとともに、同法運用に関する県全体のマニュアルを支援機関の実践に活用できるよう改訂に着手した。

7) ふりかえって

Bセンターが全ての同法対象者に上記のようには関与しきれないであろう。特別に人員増も得られているわけではない。多業務の中で地域状況を踏まえて課題の優先順位をつけながらの業務遂行である。しかし同法は様々な諸問題を抱えたままの運用船出であり、同法への地域関係者の偏見も強い。また、障害者自立支援法制度発足、福祉サービスとその関係機関の再編成とも重なり、地域の支援団体は、困難な状況にも直面し、社会資源も乏しい。区市町村・保健所にあっても行政改革の嵐の中にあり、厳しい環境である。であればこそ、不幸にも同法対象者とされた方々が、差別される事無く地域に受入れられて行く様

に、関係機関に対する課題整理、社会資源開発、同法運用についての広報普及啓発活動、運営協議会への意見具申等を保護観察所社会復帰調整官、県主管課担当者等と協働していかなくてはならない。

これら広域支援は、同法対象者だけでなく、様々な支援者を支えるシステムづくりにもつながり、精神保健福祉センターの担うべき課題はますます大きい。

(3) 集団討論

平成18年度の地域精神保健福祉部会活動の一環として、「医療観察法に係る日々の業務や実践から見た地域処遇におけるセンターの役割に期待すること」をテーマとし、当部会に所属する社会復帰調整官による集団討論を以下のとおり、通算2回行った。

・第1回目 平成18年12月9日(土)

・第2回目 平成19年1月27日(土)

(6) 各会場：東京都新宿区にて開催

【集団討論のまとめ】

テーマ：地域処遇における精神保健福祉センターの役割に期待すること

心神喪失者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、医療観察法または制度)に基づく地域社会における処遇(以下、地域処遇)については、処遇に携わる者が制度に関する基本的な事項や処遇に対する考え方を共有することによって、全国的に統一かつ効果的に制度による処遇が行われることを目的として地域社会における処遇のガイドライン(以下、ガイドライン)が定められている。

また、このガイドラインの趣旨において、制度の目的を達成するために各地域では、ガイドラインに沿った処遇を実施するために必

要となる事項を都道府県ごとの運営要領等(以下、運営要領)として定め、処遇の向上に努めること、さらに医療観察法による処遇終了後における一般の精神医療及び精神保健福祉の継続を視野に入れつつ、広く地域の精神保健福祉全般の向上にも寄与することを目指すという目的が明記されている。

以上のように地域処遇には、全国的な処遇指針であるガイドラインと地域ごとに作成された運営要領で処遇に携わる者、つまり関係機関の役割について明記されており、ここでは地域処遇における精神保健福祉センターの役割に期待することについて、触れることとしたい。

(6) ガイドライン及び運営要領における精神保健福祉センターの役割

ガイドラインでは、精神保健福祉センターの基本的な役割として、都道府県及び市町村または精神保健福祉の関係機関に対する業務支援、つまり技術援助と教育研修等が明記されている。さらに精神保健福祉センターの持つ精神保健福祉相談やデイケア等のリハビリテーション機能をいかした対象者やその家族に対する支援を行うとともに、制度終了後の一般の精神医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑な橋渡しを行うことが求められている。

一方、運営要領では、医療観察法施行前に保護観察所が都道府県と連携し、医療機関をはじめとする精神保健福祉の関係機関と意見交換や協議をした上で作成した経緯があるが、運用面において都道府県ごとの差異が認められる。主な内容として、1) 医療観察制度における情報交換や諸課題を都道府県単位や市町村・保健所圏域単位で協議する連絡協議会への参加、2) 地域処遇等を検討する場であるケア会議への出席、3) 医療観察制度の普及啓発に対する協力、4) 精神保健福祉等の

社会資源情報に関する情報提供、5) 処遇終了後の関与などに大別できるが、1) や 2) の内容はおおむね共通して記載されているが、以下はばらつきがあるという現状であった。

2) 地域処遇の流れと実際について

地域処遇は、継続的かつ適切な指定通院医療機関による「医療」の提供、継続的な医療を確保するための保護観察所が実施する「精神保健観察の実施」、必要な精神保健福祉サービス等の「援助」の提供の3つの要素から構成されている。地域処遇には複数の関係機関が関わることになるため、これらをコーディネートする役割を保護観察所の社会復帰調整官が担うこととされ、通常で3～2年の延長の申立てを行った場合は最大で5年間、一般の精神医療及び精神保健福祉サービスの継続を視野に入れつつ通院処遇が継続されることとなる。

上述のように地域処遇は展開されていくが、実際には、地域処遇に移行する前段階として、鑑定医療機関または指定入院医療機関に入院中からケア会議を開催するなどして、地域処遇に移行するための地域での受け入れ体制について検討し、処遇の実実施計画書を作成することになる。また、家族が本人からの他害行為により被害者となることが多く、家族を支援していく関わりも少なからずあるとともに、家族に引受けや同居を促すために疾病教育等の家族教育も実施されている。

通院当初は、病院での入院生活から地域生活への移行という重要な時期に当たることから処遇の実実施計画に基づいて、処遇に携わる関係機関においてより濃密な支援を行う必要があるが、処遇の終了時期が近づくにつれて一般の精神医療・保健・福祉へのスムーズな移行を目指し、保護観察所が関わらなくとも医療の継続が確保される枠組みを構築しておく必要がある。しかし、医療観察法施行から

2年も経過していないことから医療観察法の終了事案は少なく、終了に至った経緯や終了後の経過も見えていく必要があるものと思われる。

3) 精神保健福祉センターに期待したいこと

上述のように、関係機関の役割や運用面においてガイドラインや運営要領で定められているが、実際の地域処遇において具体的に精神保健福祉センターが対象者にどのように関わっていくか課題となる。運営要領においては精神保健福祉センターの関わりに統一性がないことに加え、先のアンケートにも見られるとおり精神保健福祉センターの数や人員配置、そして医療観察法に関わる姿勢において、都道府県ごとの格差が認められる中、現時点において統一的な処遇を確保することは困難であろう。

精神保健福祉センターのみならず、例えば、関係機関の連携を確保するために医療観察法第108条では、地域処遇においては処遇計画書の作成やケア会議等で情報共有を通じて、実質的な連携・協力を行うことを規定しているが、精神障害者に対する社会復帰・地域支援等の仕組みが、全国的に見ても質や量ともに地域格差がある中で、連携・協力の内実が伴わず、絵に描いた餅となる可能性も否定できない。

保護観察所として、精神保健福祉等の関係機関の役割が空洞化しないような認識を持ち、関係機関が医療観察法の理念を共有し、相互の役割と機能を理解しつつ、さらに互いに顔の見える連携を築いていくことを通じて、その地域における精神保健福祉活動の特徴を踏まえた地域環境を対象者に提供していきたいと考えている。

精神保健福祉センターにもガイドラインに記載しているとおり期待されている役割は大きく、医療観察法終了後の対象者の支援も考慮

すると地域処遇はもちろんのこと、医療観察法申立てから終了までに直接的または間接的であるにせよ一貫して処遇に携わっていくことが必要であると思われる。

3. 結果のまとめ

(1) 全国の都道府県および政令指定都市に設置されるセンターでは、配置職員数などを比較した場合、規模のばらつきがあり、医療観察法関連業務として関わる判定医や参与員の登録状況は精神科医や精神保健福祉士等の約1割程度と少なかった。

(2) 職種ごとの登用率では、高い順に精神科医師、保健師、事務職、臨床心理士となった。特に精神保健福祉士を配置しているセンターは全国で35センターしかなく、予想以上に少なかった。

(3) 各センター内の医療観察法関連事業の担当窓口の有無では、「ある」センターと「ない」センターが半々であった。一方、医療観察法に関連した研修等の開催状況では実施していない(担っていない)センターが全体の約8割を占めており、医療観察法に関わる各センターに地域差が認められた。

(4) センターの医療観察法関連事業への関与では、連絡協議会やケア会議への参加をあげたセンターが全体の約7割と一番多く、地域処遇を行う上で重要な役割を担う「ケア会議」では、全国の約6割のセンターが関与していた。

一方、ケア会議への出席要請がないと回答したセンターが全体の約3割にあがり、センターが関わろうとしても、保護観察所から要請がなく、関与することができない実情も明らかとなった。

ケア会議で関与した事例数では、平成18年度には関与した事例数で、平成17年度の約3.5倍関与していると考えられた。特に関与する職種別では精神保健福祉士が最も事例に関

わっていた。

(5) 医療観察法対象者の地域支援でセンターが担う役割では、保健所や市町村に対する技術協力や援助業務など、間接援助と合わせて、機関連携や広域調整機能が強く求められていた。

(6) 今後の医療観察法関連業務への関与については、全国のセンターが何らかの関与が必要であると判断していることがわかった。

4. 考察

(1) 各センターの人員配置や業務内容等を比較すると全国的な地域格差が大きい。特に小規模なセンターでは、限られた人員配置の中では法施行業務を含め、多岐に亘る業務をすべて総花的に行うには限界があり、医療観察法関連業務である地域処遇におけるケア会議等への関与などでも、大きなばらつきがみられた。

(2) しかし、一方ではケア会議への出席要請があれば、出席すると回答したセンターは多数であり、保護観察所からの要請があれば、ほとんどのセンターがケア会議などに関与していくという姿勢が認められた。

(3) 平成17、18年度の両年度のケア会議への関与における職種別の実績比較では、精神保健福祉士による関わりが一番多く、精神科医師や保健師よりも上回っていた。

センター全体では、上記のとおり、その関与にばらつきが認められたものの、精神保健福祉士が配置されていたセンターにおいては、少なくとも精神保健福祉士の関与実績が高かった。このことから、全国すべてのセンターに精神保健福祉の専門職である精神保健福祉士を配置することは、センター業務全体のみならず、医療観察法業務への関与が今まで以上に高まる可能性を含んでいると考えられた。

(4) 現状では業務全体における医療観察法関

連業務の比重は高くなく、今後、積極的に関与していくと回答したセンターは少なかったが、技術協力・援助業務や啓発普及活動などの事業は上位に掲げられており、医療観察法に係わる技術協力・援助業務や啓発活動も含めて考えていくことは、本制度の運用上、大変重要である。

(5) 他方、地域処遇を行っていく上で、センターは保護観察所（社会復帰調整官）から期待される役割は大きく、特にケア会議や地域連絡協議会などへの参画、対象者への環境調整などで、地域の関係機関連携や広域調整機能が強く求められており、センターは対象者の地域処遇において、保護観察所や保健所、医療機関等の地域関係機関との連携と強化を今後積極的に行っていく必要がある。

(6) 本調査では医療観察法に関わるセンターの役割や機能について、概ね結果を得ることはできたと考えられるが、一方では、当初予定していた精神保健福祉士の配置の有無と業務量の変化、配置効果などに関する十分な結果を得ることは残念ながらできなかった。

このことは、本研究における調査デザインや設問設定等に問題があったと考えられるため、医療観察法に関わる精神保健福祉士の役割については、改めて今後の研究課題として検証を深めていくこととする。

B. 保健所及び市町村

1. 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。

(1) 全国保健所及び市町村アンケート調査

A. 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%）

B. 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）

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）

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。

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するとした回答が、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。

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 (図 5 および図 6)

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。

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「通常の体制で対応」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、「通常の体制で対応」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7)

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るとした回答は予想以上に少なかった。(図8)

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9)

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10)

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と継続事例に分けた場合、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11)

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。（図 12）

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」、「法制度に関する理解が十分でない」などの課題が提起されていた。（図 13）

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の多く、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。（図 14）

17) 地域処遇に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 15）

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 16）

2. 結果のまとめ

(1) 医療観察法の対象者への関与では保健所では、全体の半数以上の 52% が関与しているのに対し、市町村での関与は、全体の 20% に留まり、8 割以上の市町村で関与がなかった。

(2) 一般の精神保健福祉業務実施体制では、精神保健福祉専従の担当課をもっている保健所は全体の 4 割余りであり、その他は兼務となっていた。一方、市町村では、一般の精神保健福祉業務は障害福祉担当課で対応するところが一番多く、事例に応じて障害福祉担当課以外の保健担当や生活保護担当課等で適宜対応するとする回答が多かった。

(3) 精神保健福祉士の必要性では、「精神保健福祉士が必ず必要」と回答したのは全体の 2 割に留まり、「必要ではあるが他の職種でも対応は可」とする回答は 6 割以上となった。

(4) 精神保健福祉業務上、現在比重の高い業務は、保健所では精神保健福祉相談や訪問指導、受診援助や措置診察など精神科医療に関