

投稿論文

「更生保護学」と医療観察

法務省保護局精神保健観察企画官 今福章二

(要約)

医療観察法は、施行以来7年が経過し、係属した精神保健観察対象者数は1,200人以上に上るが、相当数の者が一般の地域医療福祉サービスへ移行し地域生活を継続している。期間中の再他害行為も最低限に抑えられているなど、法の目的どおり社会復帰が促進されている状況がうかがえる。これらは、社会復帰調整官を地域処遇チームの要として、「多機関・多職種協働チームによるアウトリーチ中心の手厚い支援・見守り」、「病状変化を早期に捉え対処するアプローチ」、「対象者本人の治療・処遇への主体的な参加」を中心とする、医療観察法に特徴的なアプローチが実践されていることによるところが大きい。これら医療観察における先見的な取組は、保護観察等の更生保護にとっても重要な意義を有している。また、現実問題として、更生保護と医療観察の交錯領域は意外と広い。更生保護学会が触媒となり、両者間の専門性の切磋琢磨につながることを期待したい。

キーワード：医療観察，更生保護，社会復帰調整官，リスクマネジメント

① 草創期にある医療観察7年の成果

「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。)に基づく制度(以下「医療観察制度」という。)は、平成17年7月の施行以来7年が経過し、これまでの申立て件数は2,500件を超え、係属した精神保健観察対象者数は1,200人以上に上る。このうち、精神保健観察期間中に再び重大な他害行為をして刑事処分又は医療観察法に基づく入院決定を受けた者の割合は1%未満、精神保健観察中の病状悪化等により医療観察法に基づく入院決定を受けた者は約2%に止まっている。

一方、すでに600人を超える者が精神保健

観察を終了し、ほとんどの者が一般の地域医療福祉サービスへ移行し地域生活を継続している。精神保健観察の終了の形態には、原則3年間の期間が満了した場合と保護観察所長による申立てに基づき裁判所が処遇終了の決定をした場合があるが、その比率は前者が後者をわずかに上回る程度である。後者が当初の想定以上に多いという印象であり、社会復帰が促進されている状況がうかがえる。

医療観察制度は難産の末に成立し、いろいろな意味で逆風の中での船出であった。7年という年月が過ぎても、体制整備面の課題は山積している。1県全域を管轄する保護観察所に配置された社会復帰調整官が2人という

のが典型的な姿であり、1人しか配置されていない庁はいまだに5庁もある。しかし、それでもこのような良好な結果が得られていること背景には、社会復帰調整官のマインドの充実やその処遇の質の高さに拠るところが大きいことは言うまでもない。その上で、医療観察法により初めて制度化されることとなった「多機関・多職種協働チームによるアウトリーチ中心の手厚い支援・見守り」、「病状変化を早期に捉え対処するアプローチ」、「対象者本人の治療・処遇への主体的な参加」を始めとする数々の仕組みが機能していることに拠るところもまた大きいと考えている¹。

② 医療観察が更生保護に吹き込んだ新しい風

制度導入時、精神保健福祉の専門職である社会復帰調整官を保護観察所に迎えたことをもって、新しい風が吹き込んだと言われた。とはいえ、当時はまだ新しい風のインパクトがいかほどのものか予想の範囲を超えるものではなかった。

ここでは、施行後7年の実績を踏まえ、医療観察によって導入された特徴的な仕組みがどのように機能しているかを紹介し、更生保護に吹き込まれた新しい風の意義について触れることとしたい。

(1) 地域処遇の基本的な視点

医療観察と更生保護は、対象者の社会復帰を目指すという点では同じである。この場合の社会復帰をどう理解するかは難しい論点であるが、私は、社会の一員として地域で生

活し、再び被害者を出すことなく、主体的な生き方を獲得することではないかと考えている。以下社会復帰の用語を使用する際は、このようなイメージを前提にしていることを最初にお断りしたい。

両者を対比すると、更生保護は、贖罪を意識しながら自助の責任に訴えていくことが重視されるのに対し、医療観察は、医療の確保に力点が置かれる。このような違いはあるが、実際の対象者像を見ると、両者にはかなりの共通点が見られる。更生保護の対象者には、精神障害者は昔から存在するし、知的、発達、身体等の障害を有する者に対する施策の充実も近年急速に図られつつある。厳密な障害認定は困難としても、その生育歴からみて社会的なハンデキャップを負って生きづらさを抱えている者は多数を占める。また、少年対象者は、もともと人格が発達途上であり、贖罪のアプローチだけでことが足りるものではない。

一方、医療観察は、疾病分類を主病名で見ると、統合失調症が約8割を占めるものの、副診断で人格障害圏に属する者、知的障害、発達障害、アルコールや覚醒剤等の物質依存症を併発しているなどの重複障害を有する者が意外と多く、その数も増加している。保護観察付執行猶予との競合事案も存在する。少年院送致経験を含む少年非行歴の長い者、刑事処分を繰り返し受けている者なども多く存在する。過去の暴力歴、犯罪歴が長いものなどは、医療観察の実施上も特に留意が必要である。他害行為との関係においては、統合失調症そのもの以外にこれらの人格障害傾向等が深く関わっているものとも考えられる。件

1 本文中意見にわたる部分はあくまでも筆者の私見である。

数的には多くはないものの、対象行為が性犯罪であり、特別な処遇方法が必要な者もいる。要するに、統合失調症による病状悪化への対処だけでは十分とは言えない複雑な事案が多く含まれているのである。

これらの者の社会復帰を目指す上でのアプローチの基本は、社会に居場所と役割を得て、地域で新しい生活を継続できるように支えることである。そのための前提条件として、「対象者に特化された課題の解決だけではなく、日常的な医療・相談体制、緊急時の対応のシステムの拡充、居住サポートシステム体制の整備、就労支援、地域関連機関の連携、家族への支援などの活動を展開するための基盤整備」²が必要となる。認知行動療法のように、対象者の認知の歪みを是正しながら言えば生きる力を自身に育てることもその中に含めてもよいだろう。生きづらい社会状況の中で対象者が主体的な生き方を実現していくためには、対象者のもつ様々なニーズ、強みや弱みを理解し、環境的側面を含め全体像をよく把握した上で、地域生活の継続を支援するオーダーメイドの関わりが必要であろう。

一方、更生保護においても、このような発想は古くからあった。住居、食事、就労・就学、相談者の確保というのは、更生保護における基本的部分であり、現制度の根幹を成す保護司や更生保護施設はそうした配慮から生まれ、歴史を下って協力雇用主が誕生した。保護観察指導においても、まずはルールの手にはめるための指導に意を注ぎながら、生活と人間関係の安定化や就労を重視した生活の立

て直しを目指すアプローチで貫かれてきた。更生保護法に基づき始まった各種専門的処遇プログラムは、懲罰的なものではなく、各自の特徴的な問題点に応じ、従来の対処法と異なる道筋を対象者にとらせるためであり、それは生きる力を養う働きかけである。

ただし、このようなアプローチが処遇上も施策立案上も同時に明確に意識されるようになるのは、更生保護官署が医療観察制度を経験し始めてからではなかろうか。更生保護法が生まれ、就労の総合的支援、福祉との連携、住居の緊急的確保等の諸施策が具体化され発展してきたのも、医療観察の登場後であり、医療観察が更生保護分野にもたらした新しい風の具体的な内容の一つであると言えよう。

(2)生活環境調整を重視するアプローチ

入院対象者の生活環境の調整は社会復帰調整官が担っているが、その成否が予後を左右する重要なステージであり、更生保護における一昔前の環境調整とは比べようもないほど重視されている。

地域に帰るということは、対象者の家族に対象者を無理やり引き受けさせることではない。家族からのインフォーマルな援助が期待されない場合、期待すべくもない場合等もある。実際に地域社会で生活を始めるずっと前の段階から、対象者本人を中心に据え、病院関係者、地域の処遇関係者等と頻りに情報や意見を交換しながら、再他害行為をせず、地域で暮らせるよう、具体的な生活再建の手立てを計画し、社会復帰に近づく道筋を明らか

2 荒田 寛「精神障害者の退院促進（地域移行）の可能性」。「共生社会を目指して—他害行為をした精神障害者の社会復帰を支援する—（地域支援モデル活動推進事業報告書）」更生保護法人日本更生保護協会（2008年）111頁。

にし、それを具体化し調整していくのである。単に物理的な受入れ先が決まるのが生活環境調整のゴールではない。

しかし、入院対象者の住居支援を始めとする地域の社会資源は他の障害分野に比べ層が薄いことに加え、何よりも通院医療の拠点となるべき指定通院医療機関が不足しているという問題があるため、生活の本拠が定まらず必要な地域の福祉サービス体制も含め調整が進まないという事態も発生し大きな課題となっている。

医療観察においては、当初審判の段階で、社会復帰調整官が、居住地の状況、生育歴、治療歴、対象行為、家族、生計、地域環境、利用できる社会資源その他生活環境について詳細に調査を行い、それに基づき、処遇意見を裁判所に提出することとされている。調査結果は、審判における処分決定において重要な意味を有するが、生活環境調査の実質的な意義はそれに止まらない。調査を担う社会復帰調整官は、この当初審判の段階から社会復帰に向けたアセスメントを実施し、処分決定後の社会復帰に至る長いロードマップを頭に描くのである。「医療観察法は、本人の人生にとっては、一時期に過ぎず、処遇終了後が本番である。医療観察法の地域処遇は、本人の過去から背負ってきている課題及び病気を整理し、地域生活への道づくりをすることにおいて有効である³⁾とされるが、私も同意見である。言うなれば、生活環境の調査を出発点として、入院中の生活環境の調整が行われ、

その調整の質が精神保健観察期間中に行う処遇終了後に向けた地域生活への道づくりに大きな影響を及ぼすこととなる⁴⁾。このような意味で、当初審判から一貫して処遇に関する専門職として社会復帰調整官が制度化されたことの意義は相当に大きいと言えよう。

入院に満期退院はない。逆にいえば、退院後の地域への円滑な移行はどの入院対象者にとっても課題であり、常に結果を求められる緊張感ある状況下で生活環境の調整が行われることも特徴的であろう。また、精神保健福祉法による入院の活用を含め、「病院」には駆け込み寺の機能を期待したとしても、そこが地域生活の本来の中心ではありえず、医療を活用しながら地域生活の継続をどのように支えられるかという発想で調整が図られなければならない。

更生保護における生活環境調整は、更生保護法において法律上の位置づけが格上げされただけでなく、近年の仮釈放率の低下傾向を背景に、その早期からの計画的かつ積極的な実施が強調され、刑の一部の執行猶予制度の導入を見据えた様々な取組がなされている。更生保護における特別調整や少年院入所中の少年の調整ケースには、この生活環境調整重視のアプローチがみられるが。しかし更生保護全体においては未だ一般的ではない。今後、保護観察の有効性を論じ、効果的な処遇の在り方について研究が行われる際は、この生活環境調整の段階からの一連の取組の総体として検討する視点が必要であろう。

3 平成24年9月7日平成24年度北海道運営協議会シンポジウムにおける十勝障がい者相談支援センター澤健一郎所長による発表。

4 その意味では、当初審判で通院処遇の決定がなされ、入院を介さず精神保健観察が始まるケースの場合、時間的余裕がなく、精神保健観察の導入に非常に困難を伴う。

(3) 本人本位の多機関・多職種協働による

アウトリーチ中心のアプローチ

「多機関連携アプローチ」は、更生保護においても益々その重要性が認識されてきているが、日本においてその法制度化をみたのは医療観察制度が最初である。これは、異なる設置目的を有する文字通り多くの機関が情報を共有しつつ、多様なニーズに対応するため処遇上連携する取組であり、制度的枠組により様々な形態があり得る。

医療観察においては、法に基づき、医療、精神保健観察、援助の内容と方向性を具体的に明記した処遇の実施計画を作成し、これに基づいて各機関が責任を持って地域処遇を実施すべきこととされている。この処遇実施計画書で各機関の役割分担を明確にし、ケア会議において、情報を共有し、処遇効果の評価を踏まえ、方針の見直し等を行っている。これまでは一人のクライアントをどこかの機関が抱え込まざるを得ないのが通常の姿であったが、医療観察においては、必ず多機関が関わり、処遇実施計画に基づいてそれぞれが責任を果たす体制がとられるので、結果的に従来よりも多くの機関が安心して処遇に関与できるという声も聞かれる。

問題は、その中心となるコーディネーターという存在の有無である。医療観察においては社会復帰調整官がその任にあたることとされたが、保護観察の場合、その制度的な裏付けが乏しいところが課題であろう。

当初国会に提出された医療観察法原案においては、精神保健観察官という名称が採用されていたが、医療の必要性を離れて広く治安維持目的による対象者の身体拘束を行うこと

が本旨ではなく、対象者の社会復帰を促進することが法の目的であることを明確化する観点から、国会で法案修正が行われ、現行の社会復帰調整官に名称変更となった。精神保健観察官とすると、リスクマネジメントの役割のみが期待されると誤解されかねないが、実はそれにとどまらず、地域処遇に携わる関係機関と連携して行う処遇チームのチームリーダーとして、医療や福祉を含む地域処遇全体をコーディネートする役割も同時に担うのが社会復帰調整官である。このように、法の目的である社会復帰のために必要な調整を行っていく専門職であることを端的に示す名称に改められたことは、非常に意義深いことと感じている。英訳もリハビリテーション・コーディネーター (Rehabilitation Coordinator) であり、精神保健観察官の英訳である Mental Health Probation Officer や Forensic Psychiatry Probation Officer よりもしっかりくる。もちろん、これによりリスクマネジメントの性質が薄まるわけではなく、その観点から地域処遇全体をコーディネートするという観点も含まれることは言うまでもない。

もう一つの特徴は、「多職種協働アプローチ」である。専門知識と技術、倫理の体系を有する専門職が、それぞれ異なる観点からアセスメントと支援を行い、協働することによって、相補い合いより正確で全体的な理解に到達し、それぞれの支援内容に反映される。これは、指定医療機関内部での会議やケア会議で日常的に実践されているが、保護観察所内部でも、社会復帰調整官と保護観察官が多職種連携のタッグを組む実践が更に拡充されていくことが期待される。

これらの多機関・多職種の協働によるチームが、対象者の生活場面等に出向き、そのニーズに対応する「アウトリーチ」を基本に地域処遇が展開される。

そして、このような取組が、対象者本人を中心に展開されるのも、医療観察の大きな特徴であろう。対象者「本人」の視点、希望、意向等が常に処遇の中心に据えられるのである。上記の処遇実施計画書には、「(1) 処遇の目標」の次に、「(2) 本人の希望」が置かれ、同様の構成が生活環境の調整計画でもとられている。保護観察所が主宰するケア会議は、原則として対象者本人等の出席を得て行い、実施計画の作成や見直し等に参画を得ている。

本人が持っている願い、夢、希望を理解し、対象者が主体的に生きるための生活課題に狙いを定めて、支援していくことは、精神保健福祉分野で育まれてきた基本的アプローチであり、同様に医療観察においても適用されなければならない。制度施行時の下位法令の立案作業においては、この「本人の希望」という項目を設けることに対し、刑事司法関係者の理解を得ることによりかなり苦労した記憶がある。「本人のニーズ」を処遇上重要視することが、再被害行為防止と相容れないとの素朴な理解があったのかもしれない。本人不在の調整が実効性をもたないことは更生保護においても実証済みであろう。本人が処遇に主体的に関わることとリスクマネジメントが両立し得るものであることについては後述するが、自らのリスク要因の自己理解と自己管理能力を高める意味合いからも、本人の処遇への主

体的参画は重要である。実際にも、処遇終了の目安の一つとして、対象者本人が自分から必要な医療や福祉サービスにアクセスする構えがあるかが問われる。このようなアプローチは、医療観察だけでなく、保護観察の過程を始めとする更生保護においても、もっと重視されるべきアプローチではなからうか。

(4) リスクマネジメントと

ストレングスモデルの融合

医療観察法は、同様の行為の再発の防止、すなわち再被害行為の防止を中間目的として、これを目指すべき最終目的である社会復帰の一内容と位置付けている⁵。再被害行為に及ぶことは、新たな被害者を生むこととなり社会にとり大きな損失であると同時に、再び加害者となって社会復帰の道を阻害することとなり対象者本人にとっても大きな損失である。これら両者の損失(リスク)を未然に防ぐために、リスクの把握・分析・対処をする継続的活動がリスクマネジメントである。

医療観察制度においては、すべての指定医療機関が、入院・通院に一貫して、「共通評価項目」という評価ツールを使用し、これを基に、リスクアセスメントと同時にリスクマネジメントを行っている。「共通評価項目」は、他害行為の構造的評価を目的としたHCR-20を基礎として作成され、合計5要素17項目から成る。すべて治療やケアに反応して変わりうる(dynamic)もので構成され、多職種チームが、治療導入前から治療中、退院後のフォローアップを通じて定期的に評価を行い、治療計画に反映される⁶。社

5 町野 朔「医療観察法施行の意義」『触法精神障害者の処遇(増補版)』信山社(2006年)761-779頁。

6 村上 優「治療計画」『5 司法精神医療』中山書店(2006年)335-350頁。

会復帰調整官は、既に生活環境調査の段階からリスクアセスメントを開始しており、審判過程で得られた多様な情報、その後の治療や生活環境調整の状況、共通評価項目を軸とした情報を活用するほか、セルフモニタリングシートや精神保健観察評価シート等を使用しながら、ケア会議での多機関多職種によって共有される情報を基にモニタリングを行い、地域処遇におけるリスクマネジメントの要の役割を果たしている。

地域処遇は処遇実施計画書に基づいて実施されるが、その重要な項目の一つがクライシスプランである。これは、病状悪化に伴う変化への対応をまとめたもので、病状悪化のサイン、基本的な対応方法を病状悪化の段階に応じて定め、方針や連絡先を共有する。対処方法は処遇者側だけではなく、本人側の自己対処行動も明確にされ、自己対処可能な症状から周囲による支援が必要な症状まで段階的に並べる工夫も施される。保護観察と比較した場合に特に留意すべき点は、医療観察のリスクマネジメントにとって大きな意味を持つこのクライシスプランが、「危機状況にある利用者に対して実施する危機介入(狭義)だけではなく、予防、介入、介入後アフタケアを含むケア計画(広義)」であり、「利用者自らが作成に関わり作成されたクライシスプラン(Joint Crisis Plan)」である点であろう⁷。しかも抽象的な表現は避け具体的な事項によって構成されている。これらは、保護観察処遇においてはあまり見られない実践である。しかし、手間はかかるが有効な方法であり、言わ

ば狭義の危機介入に追われている現状の保護観察処遇の在り方を根本から変える力になると考える。

ただし、有効なクライシスプランは、的確なアセスメントから生まれるのであり、そのアセスメントの内容が問題となる。処遇者が陥りがちな問題点探しからは正しいアセスメントは導かれぬ。そもそも社会復帰とは、人がある種のリスクを抱えながら地域で生きていくことであり、それが生活の中での生きがいとなっていることすらある。「対象者が望む生活上のリスクや人生上のライフイベントに起因するリスクの範囲までリスクマネジメントがおよび、いわゆる支援者側が先回りし、回避や除去することによって、対象者の回復(recovery)やQOLに損害を与える」⁸ことは、たとえ再他害行為は防止されたとしても社会復帰とは言えないのである。

これに対抗する概念として、「人は問題点を抱えながら生活するものであり、支援者は対象者の持つ長所に着目し、良い面を広げていくことで相対的に問題点が小さくなり、その過程がエンパワメントを生み、自己決定を促進していく生活モデル—ストレングスモデル」⁹がある。このストレングスモデルに立ち、本人が持っている声ならぬ願いや夢を軸に、主体的な生き方を実現できるよう支えていく関わりを基本にすることをまず肝に銘じなければならない。そして、再度他害行為に及ぶ不幸を避けられるよう、転ばぬ先の杖となるクライシスプランを対象者と共に立てなが

7 平林直次「クライシスプランの作り方：医療機関」『精神科臨床サービス』11巻3号(2011年)93-97頁。

8 鶴見隆彦「『リスク』と『安全・安心』を支援者はどう考えるべきか—リスクマネジメントとストレングスモデルの融合—」『精神科臨床サービス』11巻3号(2011年)13-18頁。

9 鶴見隆彦：前掲注8。

ら、これにより、本人と共有化したリスクマネジメント戦略を実行していくことが求められる。鶴見は「支援者が、対象者の特性に沿った適用的な地域生活の提供に全力を注ぐことや、対象者の声にならない希望を把握し、共有し、その希望の実現に向けた地道で継続的な支援は、最大のリスクマネジメント」¹⁰とも述べているが、大変参考になる。

本人自身が、リスクを最小化しながら、本人の希望を実現していく、すなわち、自分の人生の主人公になれるよう支援することが、社会復帰を促すことである。この観点から、リスクマネジメントとストレングスモデルの高い次元での融合が目指さされなければならない¹¹。しかし、それを臨床現場で貫くことは並大抵のことではない。社会復帰調整官として専門職倫理・価値として明確にしておかなければならない点であろう。また、佐賀は「本人の症状の自己観察・自己対処を支持することでセルフケアの向上につながり、一般の精神保健福祉への移行に向けて、地域生活の維持継続や本人が望む暮らしの土台になるものと期待したい」¹²と述べているように、このような取組があってこそ、医療観察はその後の地域生活への道づくりとなるのではないか。

ここで述べた点は、特に少年を対象とする保護観察と相当の類似性を有するのであり、実践の中で相互に磨きをかけていかなければならない。

③ 医療観察における地域支援モデル 研究活動

医療観察法における医療や地域処遇の質の向上を目指し、対象者の予後や転帰に関する実証研究や処遇者の専門性を高めるための研究など多様な研究が、厚生労働科学研究等として実施されているが、その個別研究に社会復帰調整官が参画している例も多い。同時に、精神障害者のための地域精神医療・地域福祉の体制が弱く、地域の受け入れ環境も厳しい中で医療観察制度をスタートせざるを得ないという背景事情もあり、施行後1年も経過しない平成18年4月から、日本更生保護協会の助成を受けた「医療観察地域支援モデル活動事業」が全国9か所（後に1つ追加して10か所）で展開された。他害行為をした精神障害者の社会復帰支援に関する新たなノウハウや仕組みを地域に確立することを目指し、社会復帰調整官が地域関係者と共同して、地域事情に応じたテーマで実施されたものであり、活動しながらノウハウをまとめ、具体例を通して新たな仕組みを世に問うアクションリサーチであった。地域に財産を作りながら発信し、「梯子」からしっかりした「階段」へ、そして行政の施策に結び付けて大きな展開を目指す貴重なアプローチであって、ここでその一部を紹介したい¹³。

第1に、家族心理教育プログラムの取組が札幌で行われた。医療観察対象者の家族の希

10 鶴見隆彦：前掲注8。

11 伊勢田 堯「医療観察法施行への期待～リハビリテーション・モデルとリスクマネジメント・モデルの統合に向けて～」『更生保護と犯罪予防』No.145(2005年)93-107頁。

12 佐賀大一郎「クライシスプランの作り方：地域」、『精神科臨床サービス』11巻3号(2011年)98-101頁。

13 ここでの活動・提言の内容は、『共生社会を目指して—他害行為をした精神障害者の社会復帰を支援する—(地域支援モデル活動推進事業報告書)』更生保護法人日本更生保護協会(2008年)や「日本地域司法精神保健福祉研究大会」での発表等を基にしている。

望者を募り、孤立しやすく、それだけで機能不全に陥りやすい家族が出会い、語り合える場を提供するものである。後悔や自責の念に苛まれ苦悩する家族が、語りや気付きを通して問題を外在化することを助け、その「心の回復力」(レジリアンス=苦難や逆境に耐えて自分自身を修復する力や回復していく力)を育てていく貴重な実践であり現在も継続されている。

第2に、退院後等において地域での生活基盤(住居、就労、日中の居場所など)を確保し社会復帰を促進する活動である。例えば、函館では、医療資源は充実している反面、住居等の社会資源が少ないといった地域事情を踏まえ、住居支援システム構築等に関する研究が実施され、その中から実際にグループホームが誕生した。

第3に、包括的な地域支援を可能とする多機関・多職種連携協力を促進する活動として、例えば、釧路では、社会復帰調整官をシステムマネージャーとして、リスクマネジメントを担い、より身近な地域にケアマネージャーを置きケアマネジメントを担う、ダブルマネージャーシステムという考え方が実践された。これは、その有効性が広く認められ、精神保健福祉の一般制度にも影響を与えるに至っている。更なる拡大が期待される。東京では、多機関・多職種連携による危機対応支援の研究を通して、「病状悪化や生活上の危機に対する予防や回避のためには、生活をトータルに支援することが必要であり、本人のニーズに見合ったサービスや資源をマネジメントし、いつでもどこでも危機のサインを受け止められる場を広げるなど、地域の環

境づくりも含めた地域支援体制を整備することによって時宜を得た介入が可能となる」との結論が得られている。更に、高知で行われたインフォーマルな関係機関連携による地域支援体制作りの研究は、その後の取組の継続により、しなやかで中身の濃い医療観察地域ネットワークの創設につながっている。そこからは、インフォーマルとフォーマルの連携、処遇者間の多機関連携のいずれもが不足すると、支援の間口は細くなり結果として対象者の生活を狭め、社会復帰を阻害するおそれがあるとの知見が導き出されている。

その他、九州では、関係機関の連携を共有すべき情報の面から研究がなされ、仙台では、社会復帰に対する地域住民の心理的距離や受容感を阻害している要因等の分析研究から、「正しい」知識と接触の「質」を明確に意識した啓発活動の必要性が提言された。名古屋では、連携や関係作りのためのアセスメントツールの活用等に関する取組からスタートし、その後、医療観察終了後の支援に繋げるための取組へとシフトしている。

④ 更生保護学会での更生保護との共同研究への期待

上記3で述べた医療観察地域支援モデル研究活動事業について報告し、第三者評価を得てさらに研究を深める場などとして、平成17年度から、毎年1回、「日本地域司法精神保健福祉研究大会」が開催された。

他害行為をした精神障害者が、「地域」で「自分らしい安心した生活」を「継続」するためには、医療がすべてと捉える発想ではなく、医療へのアクセスを確保しながら必要な保健や

福祉の支援を地域できちんと得られることが重要である。そして、その社会復帰を支え、受け入れられる地域を創るためには、組織や職種を超えて実務家が横断的に参画し、実践的な研究を通してネットワークを広げていく核となる場がなければならない。このような趣旨から、大会には、毎回、社会復帰調整官だけでなく、大会名のとおり、広く地域の医療、保健、福祉、司法の各分野の第一線から300名ほどの専門職が相集った。医療観察法を契機に誕生した学術的な学会には、精神科医師を中心に活発な研究活動を展開する「司法精神医学会」があるが、「地域」中心の多職種協働による実践的な研究活動の場は、「日本地域司法精神保健福祉研究大会」においてほかないと考え、個人的には、本研究大会が順調に発展し、いずれそれが母体となって、同じような方向性を持った学会が創立されることを夢見たものである。

しかし、諸事情により平成21年度の第5回を最後に中断したのは残念であるが、今日それが更生保護学会という形につながったことは誠に幸いである。当初は「更生保護学」に医療観察が入っていることに多少の違和感が残るであろうが、現実問題として、保護観察等の更生保護と医療観察の交錯領域は意外と広く、双方向で研さんする意義は高いと考えている。

医療観察制度によって新たに導入された上記2で述べたアプローチや、上記3で述べたような家族支援、生活基盤確保支援、多機関連携アプローチの実践研究は、今後更にその有効性を高めるための発展研究が必要であり、また、覚醒剤やアルコール等の物質依存傾向

を有する者、性的逸脱行為を繰り返す者、発達障害を有する者、犯罪歴・粗暴行為歴等を持つ人格障害圏域の者等にも意識的にターゲットを広げるなどして一層効果的なアプローチが開発されていかなければならない。

また、医療観察法における地域処遇の質の向上を目指すためには、単に精神保健観察期間中にとどまらず、対象者の生育・生活・行動歴から紐解きつつ、調査や調整の段階、そして、処遇終了後の地域生活の継続状況を含めた長いスパンで、実証的な効果研究がなされる必要がある。そのためには、国立精神・神経医療研究センター、指定医療機関、精神保健福祉センター、日本精神保健福祉士協会等の専門職団体や大学等との共同研究の機会が拡充されるとともに、更生保護学会に集う研究者・実践家の支えも必要となろう。

医療観察における知見や先見的な取組は、更生保護にとって重要な意義を有している。しかし、これらが更生保護全体に等しく共有されているとは言い難い。この現状を打破し、更生保護の有効性を高めるために、医療観察から何を学び何を取り込むかといった視点から研究が深められる必要がある。更生保護学の発展のため、もっと医療観察が注目されなければならないと考える。

医療観察と更生保護は、双方の対象者の近接性から、自ずとその接面を広げることになる。それに伴い、効果的なアプローチを求めて、双方による共同研究を行うことが重要となってくる。更生保護学会が触媒となり、医療観察と更生保護の間の相互交流と専門性の切磋琢磨につながることを、それに伴い、新しい風が更に大きな風になることを期待したい。

英文タイトル

A Study of Offenders Rehabilitation and Community-based Treatment for Mentally Disordered Persons Who Have Caused Serious Incidents

Shoji Imafuku

Keywords : **Mentally Disordered Persons, Offenders Rehabilitation, Rehabilitation Coordinator,
Risk Management**
