

医療観察制度における多機関・多職種連携に関する研究  
～ケア会議における「生活環境（支援効果）アセスメント指標」の活用について～

北九州市立大学社会システム研究科  
地域コミュニティ専攻 嶺 香一郎

要 旨

2005年7月以降、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17年7月15日施行（当該法律に基づく制度を以下「医療観察制度」という））による触法精神障害者の社会復帰に向けた取組みが開始され、医療観察制度は国の指定を受けた医療機関の医療スタッフや保護観察所の社会復帰調整官、保健所をはじめとする自治体行政機関や民間福祉施設等の職員などの多機関・多職種のチームによって対象者への支援制度を開始した。しかし、医療観察制度は、制度開始から2021年現在まで精神障害者に対する過度な暴力リスクのラベリングによる社会防衛的な制度との批判がある。

本研究では、「予防拘禁制度」との批判がまだ絶えない医療観察における多機関連携によるケア会議に焦点をあて、対象者の社会復帰という利益を追求するためのケア会議と多機関・多職種による専門職の視点（アセスメント）の統合の必要性について検証する。

そこで、各専門職によるアセスメントを統合するためのツールとして、「生活環境（支援効果）アセスメント指標」を提案し、その活用がケア会議の欠点とされる専門性の不利益（役割混乱や葛藤の出現、意見の斉一性から圧力）の課題に有用であるか、また、さらに他職種の連携による支援の充実や改善が可能であるか明らかにする。

明確化の作業として、第一に医療観察制度の概要とケア会議の位置づけを整理した。第二に障害者支援や治療におけるアセスメントツールとケア会議の特徴を整理した。第三にケア会議を構成する多機関の専門職へのアンケート調査からケア会議での処遇方針の統合プロセスや合意形成のニーズを明らかにした。また、医療観察制度下による社会復帰において、ケア会議は暴力リスクの原因をどのように捉え、支援計画を策定しているのかについて調査した。最後に多職種によるケア会議に提示される各専門領域のアセスメントを統合するための「生活環境（支援効果）アセスメント指標」活用の可能性と課題を明らかにすることを試みた。

研究の結果、医療観察制度における多機関・多職種連携によるケア会議に存在する『3つの境界』とその具体的内容を明らかにすることができた。また、ケア会議の参加者が『3つの境界』の存在を認識すること、専門職による各領域のアセスメントが相互に検証されること、を必要的課題とすれば、対象者の社会復帰の権利を専門職の抑圧的な評価で侵害しないための安全弁になる可能性を示唆した。

さらにアセスメントの統合過程では、対象者の疾病や障害特性、生活能力などといった個

別因子が、医療と福祉の量や質といった環境因子との相互干渉を起こすため、アセスメントはより複雑になる。このためケア会議では、ICFの理念である「社会で生活すること」を生活機能として捉え、生活機能を評価する視点に「医学モデル」と「社会モデル」の2つの側面をアセスメント指標に反映させる必要がある。

加えて、最も重要な課題は、障害を抱えた対象者自身が、「生活環境（支援効果）アセスメント指標」を用い、自らの抱える障害と生活環境との相関関係に着目し、地域との相互関係を支援効果として客観的に捉えることにある。このようなプロセスは、対象者自らが、社会復帰の目的達成のために、さらなる社会復帰の促進の方法や阻害要因の軽減策を講じる手段を主張する力となる。

本研究におけるケア会議の実態調査は、ケア会議が地域連携に必要な専門的知見の協議の場であり、対象者の権利を尊重する場となる重要性について示した。今後、多くの専門職のアセスメントが、対象者の生活環境の中に潜む問題を明らかにし、ケア会議によって意見が統合されることを望む。また、医療観察制度におけるケア会議は、処遇のガイドラインによって規定されているが、その実効性や触法精神障害者の社会復帰の実績が、広く地域の精神保健福祉全般のケア会議において活用されることを期待したい。