

医療観察法対象者における障害福祉サービスの活用状況の 実態把握と受け入れを促進させるための方策に関する研究

報 告 書

平成30(2018)年3月



公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
Japanese Association of Psychiatric Social Workers



報告書作成にあたって

心神喪失等の状態で重大な他害行為をした者の医療及び観察に関する法律（以下、「医療観察法」という。）が施行され間もなく13年を迎えようとしています。医療観察法の制定をめぐっては、さまざまな議論がなされたところですが、平成15（2003）年7月16日に法律が公布され、2年の準備期間を経て平成17（2005）年7月15日に施行されました。

その後、保護観察所における社会復帰調整官として多くの精神保健福祉士が採用され、医療観察法対象者の生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察の役割を担うこととなったこともあり、本協会としても医療観察制度の動向に常に注目してまいりました。そのような中で、本協会は平成20（2008）年度及び平成21（2009）年度の障害者保健福祉推進事業として、医療観察法における地域処遇推進に係る研究事業に取り組んでまいりました。

この度、本協会は8年ぶりに医療観察制度に係る障害者総合福祉推進事業に取り組むこととなりました。医療観察法の目的は、対象者の社会復帰の促進であり、特に地域社会における処遇が円滑に進められることが重要となります。しかしながら、障害者総合支援法の下での通所系の障害福祉サービス事業所において、法対象者の利用の受け入れが進んでいない実態があります。本研究事業では、通所系障害福祉サービス事業所を対象とした法対象者の利用受け入れに関する実態調査と受け入れ実績のある事業所に対するヒアリング調査を実施し、その結果の分析等も踏まえ、障害福祉サービス事業者に対して法対象者の障害特性等についての理解を深め、受け入れを促進してもらうためのノウハウや普及啓発に関するツール（手引書）を作成しました。

「精神障害者の社会的復権」を活動の基本理念に据えている本協会としましては、この手引書が存分に活用され、医療観察制度の対象者であっても一障害者としてあたりまえに障害福祉サービスを利用できるようになり、社会復帰の促進がなされることを祈念いたします。

最後に、本研究事業の取組みに際して、調査にご参加いただいた障害福祉サービス事業所の皆様、厚生労働省社会・障害保健福祉部精神・障害保健課医療観察法医療体制整備推進室、法務省保護局総務課精神保健観察企画官室のご協力に心から感謝申し上げます。

平成30（2018）年3月

公益社団法人 日本精神保健福祉士協会



医療観察法対象者における障害福祉サービスの活用状況の実態把握と
受け入れを促進させるための方策に関する研究

報 告 書

目 次

第1部 平成29年度障害者総合福祉推進事業 「医療観察法対象者における障害福祉サービスの活用状況の 実態把握と受け入れを促進させるための方策に関する研究」 の概要	1
1. 本事業の概要	3
1) 本事業への取組みの背景と目的	3
2. 事業実施体制	5
1) 検討委員会の設置	5
2) 事業担当者等の選任	6
3. 本事業の取り組み方法と結果	7
1) 法対象者の障害福祉サービス(日中活動系)の活用に係る実態調査の実施	7
2) 障害福祉サービス事業所における法対象者の受け入れ促進に向けたヒアリング 調査の実施	10
3) 法対象者の通所系障害福祉サービスの利用促進に向けた提言	14
4) 法対象者を受け入れて支援をするための手引書の作成	15
第2部 医療観察法対象者を受け入れて支援をするための手引書 ～日中活動系障害福祉サービスの利用促進のために～	17
手引書の使用にあたって	19
用語の解説	20
1. 医療観察法対象者の障害福祉サービスの利用促進のために(Q & A集)	22
1) 地域社会における支援における障壁と強み	22
2) 障害福祉サービスの利用の進め方	26
2. 医療観察制度の概要と現状	42
1) 医療観察制度の概要	42
2) 医療観察制度の現状	50

第3部 調査結果	53
1. 平成29年度 心神喪失者等医療観察法対象者の障害福祉サービス（日中活動系）の活用に係る実態調査結果	55
1) 実態調査の概要	55
2) 事業所の基本情報	55
3) 医療観察法対象者の受け入れ状況	59
4) 医療観察法対象者の地域処遇に関する自由記載	71
5) 調査票	76
2. 障害福祉サービス事業所における心神喪失者等医療観察法対象者の受け入れ促進に向けたヒアリング調査結果	81
1) ヒアリング調査の概要	81
2) 調査結果	82
3) インタビューガイド	99

第 1 部

平成29年度障害者総合福祉推進事業

「医療観察法対象者における障害福祉サービスの活用状況の実態把握と受け入れを促進させるための方策に関する研究」の概要

1. 本事業の概要

1) 本事業への取組みの背景と目的

① 医療観察法対象者を取り巻く現状と課題

平成17年(2005)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、早や12年が経過する。この間、精神保健福祉法が大きくは二度改正されており、現在は改めて措置入院者の退院後の支援等を明確化する改正法案の提出が予定されているところである。また、平成18年(2006)年10月から始まった障害者自立支援法の下での障害福祉サービス等の提供体制は、その後の障害者総合支援法が継承し充実が図られている。障害福祉サービス等の利用者数では精神障害者の伸びが顕著であり、いまや利用者数の4分の1を精神障害者が占めることとなっている。

医療観察法に目を転じると、医療観察法対象者(以下、「法対象者」という。)に対する医療の提供体制としては、指定入院医療機関の病床整備が順調に進められ平成29(2017)年11月1日現在において833床と、当初の病床整備目標数800床(運用病床720床+予備病床80床)を達成している。一方、指定通院医療機関の指定の状況を見ると、都道府県別ではばらつきがあるものの、当初想定した必要数(地域の基幹医療機関として、人口100万人あたり3か所〔各都道府県最低2か所〕の確保を目標に機械的に集計した数字)382か所を大きく上回り、平成29(2017)年10月1日現在において、病院526か所、診療所69か所が指定を受けている。

法対象者の医療処遇では、法施行後平成29(2017)年9月30日までの12年間に2,992人が入院処遇を受け、うち2,247人(うち通院決定1,836人、医療終了411人)が退院決定となっている。また、これまでに2,416人が通院処遇(うち直接通院580人、入院を経ての通院1,836人)を受けており、平均通院処遇期間は969日となっている。入院処遇の課題としては、当初想定していた入院期間が1年6か月であったが、2年を超える入院対象者が全体の3分の1を超えており、一部ではあるが入院の長期化傾向が見られることがあげられる。また、通院処遇の課題としては、医療観察法上は通院処遇中であるが、精神保健福祉法上の入院をしている法対象者が一定数存在し、その一部の入院期間が長期化傾向にあることがあげられる。

一方、保護観察所による精神保健観察件数は、法施行以降、平成28(2016)年までに2,249件であり、このうち1,563件はすでに終結(処遇終了)となり、平成28(2016)年末の段階では係属件数は686件であった。

法務省保護局と厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部による「地域社会における処遇のガイドライン」(平成19(2007)年7月15日通知)においては、「対象者の円滑な社会復帰を促進するため、継続的な『医療』を確保することはもとより、対象者の地域社会への定着を図り、『本人の生活を支援する立場』にも力点を置く。」ことを趣旨の一部に据え、

基本方針においても「処遇の実施計画の作成やケア会議の開催を通じ、①継続的かつ適切な医療の提供、②継続的な医療を確保するための精神保健観察の実施、③必要な精神保健福祉サービス等の援助の提供の3つの要素が、対象者を中心としたネットワークとして機能することを確保する。」としている。

医療観察法の目的が法対象者の社会復帰の促進にあること、処遇終了後は通常精神保健福祉法及び障害者総合支援法に基づく医療と福祉サービスの提供といった枠組みで地域生活支援を推進していく必要があることから、法対象者に対する「③必要な精神保健福祉サービス等の援助の提供」が広がっていく必要がある。こうした観点から、平成21(2009)年度の障害福祉サービス等報酬改定において宿泊型自立訓練や現在の生活共同援助(グループホーム)に「地域生活移行個別支援特別加算」が創設されたこともあり、宿泊系・居住系の事業所においては法対象者の受け入れが一定程度進んだことも事実である。

しかしながら、就労支援系や自立訓練(生活訓練)のいわゆる日中活動系の事業所に関しては法対象者の利用が進んでおらず、多くの法対象者の地域社会における処遇が、指定通院医療機関によるデイケア等及び訪問看護といった医療の枠組みでのサービス提供に止まっている現状があり、このことが社会復帰の妨げの要因となっている事例も散見される。このため、特に日中活動系の障害福祉サービスの利用を促進していくことが医療観察制度における課題の一つとなっている。

②本事業の目的

以上のような現状と課題を踏まえ、公益社団法人日本精神保健福祉士協会は、改めて法対象者の障害福祉サービス等の利用状況や障害福祉サービス等事業者の受け入れに関する意向等の実態を把握した上で、障害福祉サービス事業者に対して法対象者の障害特性等についての理解を深め、受け入れを促進してもらうためのノウハウや普及啓発に関するツール(手引書)を開発する。そして、手引書を全国的に普及し、活用してもらうことを通じて、今後法対象者の社会復帰をより促進することを目的として、本事業に取り組むこととした。

2. 事業実施体制

1) 検討委員会の設置

本事業の実施にあたっては、医療観察制度に造詣が深い、保健、医療、福祉の専門家及び行政担当で構成する検討委員会を3回開催し、事業実施の企画と取り組む具体的内容の検討を行った。

[検討委員会の開催]

第1回	平成29(2017)年9月4日	場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター
第2回	平成29(2017)年12月20日	場所：TKP東京駅前カンファレンスセンター
第3回	平成30(2018)年2月22日	場所：東京八重洲ホール

[検討委員] (敬称省略)

氏名	所属	職種
平林 直次	国立精神・神経医療研究センター病院	医師
坂本 和巳	法務省 保護局 精神保健観察企画官室	
野村 祥平	東京保護観察所 社会復帰調整官	精神保健福祉士
三澤 孝夫	国際医療福祉大学 医療福祉学部 国立精神・神経医療センター 精神保健研究所	精神保健福祉士
関口 暁雄	埼玉県済生会 夢の実ハウス	精神保健福祉士
会田 真一	特定非営利活動法人ヒーライトねっと	精神保健福祉士
伊藤 勝江	社会福祉法人創志会 つくばライフサポートセンターみどりの	精神保健福祉士
船山 健二	一般財団法人聖マリアンナ会 東横恵愛病院	看護師

2) 事業担当者等の選任

公益社団法人日本精神保健福祉士協会の構成員から2人の事業担当者を選任の上、事務局職員が事務的実務及び経理を担当し、本事業における調査の実施、手引書の執筆、検討委員会の運営、報告書の作成等を行った。

[事業担当者等] (敬称省略)

役名	氏名	所属
事業責任者	大屋 未輝	おおや精神保健福祉士オフィス
事業担当者	木太 直人	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
事業担当者	小澤 一紘	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
事業担当者	露崎 葉子	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
経理責任者	坪松 真吾	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会
経理担当	大仁田映子	公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

3. 本事業の取り組み方法と結果

1) 法対象者の障害福祉サービス(日中活動系)の活用に係る実態調査の実施

主に検討委員会において、実態調査の目的、対象、方法等を検討し、以下の通り実施した。今回の実態調査は、対象を東京都内の日中活動系の障害福祉サービス事業所に限定した。東京都を対象地域として選定した理由としては、精神障害者を主たる対象とする障害福祉サービス事業所の数が膨大となり悉皆調査に馴染まないこと、精神保健観察に付され通院処遇中である法対象者のおよそ10分の1が東京都に集中しており、障害福祉サービスの整備状況等の地域差を勘案する必要はあるものの、一定程度の傾向を把握することが可能と考えたことがあげられる。

①調査目的

日中活動系の障害福祉サービス事業所における法対象者の受け入れ状況の実態を把握するとともに、受け入れを行っていない場合の理由、今後受け入れるために必要な障害福祉サービス報酬額及び支援体制等を把握し、受け入れが困難な場合の障害福祉サービス等事業者の課題を抽出することを目的とする。

②調査対象

東京都内において主たる対象者を精神障害者としている日中活動系の障害福祉サービス事業所(独立行政法人福祉医療機構が運営するWAMNETの障害福祉サービス事業所情報で検索した949か所を対象とする〔多機能型事業所を含むため実事業所数は812か所〕。)

- ・ 自立訓練(生活訓練)事業所 : 75か所
- ・ 就労継続支援A型事業所 : 98か所
- ・ 就労継続支援B型事業所 : 532か所
- ・ 就労移行支援事業所 : 244か所

③調査方法

- ・ 対象事業所に調査協力依頼文書を郵送
- ・ webフォームにて作成した質問票に、インターネットを通じて回答

④実施期間

- ・ 調査回答期間 : 平成29(2017)年11月13日~12月5日

⑤対象数・回答数・回答率

- ・ 回答数 : 118か所
- ・ 対象812か所に対する回答率 : 14.5%

⑥調査の結果及び考察

調査結果の概要及び考察は以下の通りである。

〔調査結果の概要〕

- ・ 回答した事業所の50%に精神保健福祉士が配置されており、医療観察制度の概要を知っていることが回答行動の動機付けとなっていることがうかがえる。
- ・ 回答のあった事業所のうち、【これまでに法対象者を受け入れた経験がある】事業所は15.3%であり、予想より高い割合であったが、これも受け入れ経験があることが回答行動に結びついていることが予想される。
- ・ 法対象者に対して、特別に実施した業務内容としては【ケア会議への出席】が8割超であるとともに、【法対象者退院前の外出・外泊訓練への関与】、【法対象者入院中の病棟内会議への参加】がそれぞれ2割超であったこと、ケア会議への参加の所要時間が2.4時間であることから、これらの業務が通常の利用者に対する業務とは別に事業所の負担となる部分であることがわかった。
- ・ 一方、【症状悪化・トラブル等緊急時の対応】は3回と回答した事業所が1か所のみであり、概ね病状等が安定している法対象者が利用していることがうかがえた。
- ・ 受け入れ経験がある事業所において、その理由としては、【保護観察所や医療機関との連携体制が取れているから】が「あてはまる」(66.7%)「どちらかというにあてはまる」(22.2%)の双方で88.9%と最も高く、次いで【法人、事業所として法対象者を特別視する考えがないから】(「あてはまる」44.4%)、【実際の法対象者が特別な人ではなかったから】(同33.3%)、【依頼してきた社会復帰調整官等の対象者が熱心だったから】(同22.2%)の順で高かった。
- ・ 受け入れ経験がない事業所において、その理由としては、そもそも【法対象者の受け入れの依頼自体がないため】が「あてはまる」83.0%と最も高く、次いで【法対象者の受け入れを担当する専門職がないため】(「あてはまる」30.0%)、【医療観察法のことをよく知らないため】(同20.0%)、【法対象者を地域で支援する他のサービスが不足しているから】(同19.0%)の順で高かった。
- ・ 今後、法対象者の受け入れる場合に必要な条件としては、【緊急時対応が可能となる保護観察所、通院医療機関、行政との連携体制の構築】が「あてはまる」62.7%と最も高く、次いで【医療観察法に関する研修等】(「あてはまる41.5%」、【地域生活移行個別支援特別加算と同様の報酬上の評価】(同33.1%【精神保健福祉士等の専門職の配置】(同22.9%)の順で高かった。
- ・ 法対象者の地域処遇に関する意見(自由記載)としては、【職員の知識、地域住民の理解を深める必要がある】(6件)、【関係機関との連携や本人とつながる体制の整備】(5件)、【専門性のある人員配置・報酬】(3件)、【責任の所在について】(3件)、【その他】(4件)であった。

[考 察]

- ・ 法対象者の利用を受け入れることで、障害福祉サービス事業所には指定通院医療機関で定期的に行われるケア会議への出席が求められることとなる。これは、法対象者に特有の業務であり、一定時間現場を離れて対応しなければならないことへの何らかの対応が必要である。
- ・ 保護観察所や医療機関との連携体制が取れていることが、法対象者の受け入れの促進因子となっていること、逆に阻害因子の一つとして医療観察制度のことを知らないことがあげられることから、手厚い支援体制を含めて医療観察制度に関して障害福祉サービス事業所に周知を図っていく必要がある。
- ・ 法対象者の受け入れの阻害因子の一つとして、法対象者の支援を行える専門職の不在があげられることから、現在の福祉専門職配置等加算に加えて、精神保健福祉士等の専門職を配置していることを要件とした報酬加算等を検討する必要がある。
- ・ また、今後の受け入れ促進にあたっては、【緊急時対応が可能となる保護観察所、通院医療機関、行政との連携体制の構築】及び【医療観察法に関する研修等】が必要であり、これらに対応した方策が求められる。

2) 障害福祉サービス事業所における法対象者の受け入れ促進に向けたヒアリング調査の実施

主に検討委員会において、ヒアリング調査の目的、対象、方法等を検討し、以下の通り実施した。

①調査目的

法対象者の受け入れを行っている日中活動系の障害福祉サービス事業者を対象としてヒアリング調査を実施し、聞き取った内容の分析を通して法対象者の受け入れにおける促進因子（阻害因子）を抽出することにより、障害福祉サービス事業者に対して法対象者の障害特性等についての理解を深め、受け入れを促進してもらうためのノウハウや普及啓発に関するツール（手引書）の開発の素材とする。

②調査方法

東京保護観察所の紹介により法対象者の受け入れを行っている東京都内の日中活動系の障害福祉サービス等事業者9か所を対象として、本調査事業実施担当者において事業所への訪問による聞き取りを行った。

③調査実施日と聞き取り対象者

調査実施日 平成29(2017)年	聞き取り対象者	
11月21日	就労継続支援B型事業所(東京都世田谷区)	管理者(施設長)
11月22日	多機能型事業所〔就労移行支援、就労継続支援B型〕 (東京都江戸川区)	管理者(施設長)
11月28日	多機能型事業所〔就労移行支援、就労継続支援B型〕 (東京都福生市)	管理者(施設長)
11月29日	就労継続支援B型事業所(東京都足立区)	管理者(施設長)
11月29日	就労継続支援B型事業所及び地域活動支援センター (東京都新宿区)	管理者(施設長)
12月5日	就労継続支援B型事業所(東京都八王子市)	管理者(施設長) 常勤職員
12月6日	就労継続支援B型事業所(東京都立川市)	管理者(施設長)
12月8日	地域活動支援センター・相談支援事業所(東京都目黒区)	事業所管理者 (施設長)
12月13日	就労継続支援B型事業所(東京都墨田区)	管理者(施設長)

④調査結果の分析及び提言

調査結果の分析及び考察は以下の通りである。

〔調査結果の分析〕

ヒアリング調査において調査対象者から聞き取った内容から7つのテーマを設定し、テーマごとにカテゴリー分類を行った。

ア：法対象者の利用に関する打診の経緯

【法対象者であることを明かした上での利用に向けた打診】

対象事業所に法対象者の利用に関する打診元は、社会復帰調整官、指定入院医療機関の精神保健福祉士、自治体保健師、特定相談支援事業所の相談支援専門員など様々であるが、多くの場合は利用希望者が法対象者であることを最初の時点で伝えていた。

【法対象者であることを当初明かさないうまの利用に向けた打診】

一方、一部ではあるが入院中からの見学や体験利用の中で、後から法対象者であることがわかったといったケースもあった。

イ：利用希望者が法対象者であることに対する事業所の反応・対応

【法対象者を特別視しない対応】

運営する法人の理念として利用希望については「断らない」こととしており、法対象者だからといって特別視しない姿勢が見られた。また、管理者が精神保健福祉士であって医療観察制度に関する最低限の知識を有していることが受け入れの抵抗感を減らす要因となっていることが示唆された。

【法対象者の利用受け入れに対する不安・抵抗感】

一方で、管理者はまだしも、非常勤も含む事業所の職員で法対象者の受け入れを不安視したり、抵抗感を示す反応もみられた。

ウ：正式利用までの事業所の対応（スタッフ間の情報共有等）

【事業所内の勉強会、研修の開催】

多くの事業所では、職員を対象とした社会復帰調整官による制度説明、地域における処遇の実態等に関する勉強会（説明会）や研修を実施していた。また、管理者自身が説明会に向けた資料作成等を行っているところもあった。

【事業所スタッフ間、法人内での情報共有、話し合い】

事業所内にとどまらず、事業所を運営する法人全体で情報共有や話し合いの場を持っているところもあった。

【一部のスタッフには情報共有しない対応】

事業所のスタッフが福祉等の専門職ではない場合に、法対象者であることを伝えることが本人の不利益につながると判断して、あえてスタッフ間の情報共有をしない対応を取っているところもあった。

エ：利用中の対応

【他の利用者と変わらない対応】

法対象者だからといって、特別な対応を行ったり求められたりしたところはなく、他の利用者と同じ対応をしていた。

【セルフモニタリングの実施】

1人のみ法対象者が入院中から行っていたセルフモニタリングを継続している法対象者がいて、事業所でもそこに関与しているところがあった。

オ：ケア会議への参加、関係機関との連携

【ケア会議への参加と負担感、安心感】

ヒアリングを行ったすべての事業所が指定通院医療機関で行われるケア会議に出席していた。その頻度は1か月から6か月に一度であり、医療機関までの移動も含めて半日が費やされることでの負担感を覚える一方で、家族を含め支援者が集まる場があり情報共有できることが安心感につながるというところもあった。

【関係機関との連携】

法対象者に対しては、保護観察所の社会復帰調整官、指定通院医療機関の多職種、訪問看護の担当者、自治体の障害福祉担当者等、障害福祉サービス事業所等が連携を取りながら支援を行っていた。

カ：法対象者の利用を受け入れての感想

【手厚い支援体制】

法対象者が手厚い体制を組んで支援されていることが、利用を受け入れる事業所の安心感につながっていた。

【肯定的な感想】

法対象者が入院処遇中の治療プログラム等を通じて生活上の課題に向かう方法を身につけており、前向きな姿勢を持ちしっかりとした人であったという印象を持っている事業所があった。

キ：今後、法対象者の障害福祉サービスの利用が広がっていくために必要なこと

【医療観察制度の普及啓発】

今後利用が広まっていくためには、医療観察制度に関する知識の普及の必要性をあげるところが多かった。また、医療観察制度の下での支援体制等に関して実際の事例を通じて知る機会をつくっていくことが有効であるという意見もあった。そのための具体的な方法としては、身近な地域における研修の開催、地域支援関係者による法対象者の支援に関する事例検討会の開催などがあげられた。

【報酬等のインセンティブ】

現在医療観察法対象者等の利用に際して共同生活援助や宿泊型自立訓練酬に加算が付与されているように、通所系の障害福祉サービスに関しても報酬上のインセンティブを付けることが、事業所が法対象者の受け入れについて検討する動機づけとなるという意見が多く出された。

【社会復帰調整官等の支援者の熱意】

社会復帰調整官をはじめ、医療機関のソーシャルワーカー等の支援者が熱意を持って障害福祉サービスの利用を進めていく姿勢が必要とするところもあった。

【責任の分散化】

法対象者に対する支援関係機関が、それぞれに支援に関しての責任を分担することを周知する必要があるとする意見があった。

【多機関支援チームの形成】

障害福祉サービスの事業所も含めて、法対象者にかかわる機関が連携をより深めて、多機関による支援チームを形成していくことが重要であるといった意見も聞かれた。

【その人を見るという姿勢】

重大な他害行為をした人ということではなく、対象行為に至るまでの背景や現在の法対象者自身を先入観を持たずに見るといった姿勢が必要とする意見があった。換言すれば、そのような姿勢を持てるような法対象者に関する情報提供が必要と言える。

3) 法対象者の通所系障害福祉サービスの利用促進に向けた提言

今回実施した実態調査及びヒアリング調査の結果を踏まえ、以下の点について提言する。

提 言

1. 市区町村の(自立支援)協議会等の身近な場を活用した医療観察制度に関する研修や法対象者の支援に関する事例検討会の開催と、それらの取り組みを可能とする国による人的・経済的支援策の導入。
2. 精神障害者が利用する通所系障害福祉サービス(自立訓練、就労移行支援、就労継続支援A型・B型)における報酬加算の新設等の経済的インセンティブの付与(※)

※平成30(2018)年障害福祉サービス等報酬改定において、医療観察法対象者や刑務所出所者等の社会復帰を促すために、訓練系、就労系サービス(自立訓練、就労移行支援及び就労継続支援)事業所について、精神保健福祉士等を配置又は病院等との連携により、精神保健福祉士等が事業所を訪問して医療観察法対象者等を支援していることを評価する「社会生活支援特別加算」(1日480単位)が創設される予定である。

4) 法対象者を受け入れて支援をするための手引書の作成

前述の実態調査及びヒアリング調査を踏まえ、「医療観察法対象者を受け入れて支援をするための手引書～日中活動系障害福祉サービスの利用促進のために～」の構成や具体的内容等について検討を重ね、以下のような構成で手引書を作成した。

[手引書の構成]

手引書の利用にあたって

用語の解説

審判／鑑定入院／生活環境調査／生活環境調整／精神保健観察／処遇実施計画／
共通評価項目／社会復帰調整官／CPA会議／MDT会議

1. 医療観察法対象者の障害福祉サービスの利用促進のために(Q & A集)

1) 地域社会における支援における障壁と強み

- Q 1 日中活動系の障害福祉サービス事業所等で、法対象者の利用が進んでいないのはなぜですか
- Q 2 医療観察制度に特有の支援方法はありますか

2) 障害福祉サービスの利用の進め方

- Q 3 法対象者が障害福祉サービスを利用する際の流れはどのようになりますか
- Q 4 法対象者の利用を受け入れる際に、特別に気をつけなければならないことはありますか
- Q 5 法対象者であることについて、事業所のスタッフや法人内で情報共有しておきたいと思いますが、どのタイミングで伝えるのが良いでしょうか
- Q 6 サービス等利用計画書は、医療観察制度上の処遇実施計画書とは別に作成されることになりますか

【コラム】医療観察法の方を受け取るにあたって

- Q 7 法対象者のサービス利用中に特別に行わなければならない業務はありますか
- Q 8 クライシスプランとはどのようなものですか。また、受け入れ事業所としてプランの内容を把握しておく必要はありますか
- Q 9 利用中に病状が不安定となり入院が必要となった場合の入院先は、医療観察病棟になりますか
- Q 10 法対象者の医療観察制度上の処遇がまもなく終了となる予定です。処遇終了後に気をつけなければならないことはありますか

【コラム】障害福祉サービスを利用して地域生活を継続している事例

※実際の事例を参考としつつ、架空事例として作成

事例1：Aさん、55歳、女性

事例2：Bさん、30歳、男性

2. 医療観察制度の概要と現状

1) 医療観察制度の概要

- ①医療観察制度の目的
- ②審判の流れ
- ③入院処遇
- ④通院処遇(地域における処遇)
- ⑤医療観察制度における関係機関連携、チームアプローチ
- ⑥処遇終了後の支援

2) 医療観察制度の現状

- ①生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察の動向
- ②指定通院医療機関の現状

第2部

医療観察法対象者を受け入れて支援をするための 手引書

～日中活動系障害福祉サービスの利用促進のために～

手引書の使用にあたって

「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。）は、心神喪失又は心神耗弱の状態で重大な他害行為を行った人（以下、「法対象者」という。）に適切な医療を継続的に確保し、病状の安定と回復を図り、法対象者の社会復帰を促進することを目的とした制度です。この医療観察法は法施行後12年が経過し、保護観察所との連携のもと、医療観察法の基幹病院である指定入院医療機関や指定通院医療機関が提供する支援により、多くの法対象者が社会復帰しています。しかしながら近年、入院処遇から通院処遇へと移行した事例や裁判所が下した当初審判の結果として直接、通院処遇に至った事例が増加していることから、地域社会においてより円滑な通院処遇の支援体制を構築していく必要があります。これからの通院処遇を考える上においては、単に指定通院医療機関の医療支援に止まらない視点が重要になります。特に法対象者の障害特性や個別・地域性に応じて日中活動に係る障害福祉サービスを他の障害者と同様、有効的に活用することが不可欠になると考えられます。

このような背景から、平成29年度障害者総合福祉推進事業「医療観察法対象者における障害福祉サービスの活用状況の実態把握と受け入れを促進させるための方策に関する研究（以下、「本事業」という。）」の中において、医療観察法の通院処遇の法対象者の日中活動に係る障害福祉サービスがこれまで以上に積極的に活用されていくための手引書（以下、「本手引書」という。）を作成することになりました。

本手引書は、主に本事業で実施した障害福祉サービス事業者を対象としたヒアリング調査を基に作成しています。このヒアリング調査の結果から日中活動に係る障害福祉サービスを提供する障害福祉サービス事業者が法対象者を受け入れる場合に課題となりうる要因を想定し、Q&A方式で回答するように構成してあります。

本手引書が法対象者の支援に携わる多くの障害福祉サービス事業者の方々から有効的な共通ツールとしてご活用くださいますと幸いです。

用語の解説

本手引書には、一部に医療観察制度特有の用語を使用しておりますので、そうした用語について簡単に解説します。なお、この解説の多くは、法務省保護局発行の「医療観察制度のしおり」を参考として作成しています。

(「医療観察制度のしおり」：<http://www.moj.go.jp/content/001146932.pdf>)

■ 審判

地方裁判所が医療観察法に基づいて法対象者に対して「医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定」、「入院によらない医療を受けさせ旨の決定」、「この法律による医療を行わない旨の決定」のいずれかの決定を行うための手続きを審判と言います。

審判は、法対象者について、検察官が地方裁判所に対し申立てを行うことにより開始されます。裁判所では、裁判官と精神科医(精神保健審判員)各1名が合議体を構成し審判が行われます。審判にあたっては、裁判所が指定した精神保健福祉士(精神保健参与員)が原則として関与することとなります。また、検察官の申立てによる審判については、必ず弁護士である付添人を付けることとされています。

■ 鑑定入院

検察官の申立てがなされると、裁判官による鑑定入院命令により、法対象者は原則として裁判官の指定する医療施設に入院することになり、そこで鑑定医による鑑定を受けることとなります。ここでは、医療観察法による医療を受けさせる必要があるか否かについて鑑定を行います。鑑定入院の期間は2か月(延長された場合は3か月)以内とされています。

■ 生活環境調査

保護観察所が、裁判所の求めに応じ対象となる人の住居や家族の状況、利用可能な精神保健福祉サービスの現況など、その生活を取り巻く環境について調査するものです。調査は保護観察所の社会復帰調整官が行い、法対象者や家族等の関係者と面談するほか、関係機関に照会するなどして行われ、その結果は審判における資料の一つとなります。

■ 生活環境調整

指定入院医療機関に入院した法対象者が、その居住地等において円滑に社会復帰できるよう、入院当初から退院に向けた取組を継続的に行うこととしています。生活環境調整とは、保護観察所が、法対象者から退院後の生活に関する希望を聴取しつつ、指定入院医療機関や退院予定地の精神保健福祉関係機関と連携して、退院地の選定・確保のための調整や、そこでの処遇実施体制の整備を進めるものです。

■ 精神保健観察

通院期間中は、保護観察所の社会復帰調整官による「精神保健観察」を受けることとなります。精神保健観察は、継続的な医療を確保することを目的とするものです。法対象者が守るべき事項として、居住地を届け出ることや、保護観察所から面接を求められたときには、これに応ずることなどが定められています。

■ 処遇実施計画

保護観察所は、指定通院医療機関や処遇に携わる精神保健福祉関係機関と「ケア会議」を開催するなどして、処遇を実施する上で必要となる情報を共有するとともに、地域社会における処遇（医療、精神保健観察、援助）の内容を「処遇の実施計画」として定めます。法対象者とその保護者も、基本的にケア会議に出席して意見や希望を述べることができます。

■ 共通評価項目

医療観察制度では、入院から通院を通しての治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の統一、各施設の治療の標準化を図るために、共通評価項目を設けています。この共通評価項目を基本とする評価を通して、法対象者の全体的な評価を行うこととなります。

共通評価項目は、「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）の5カテゴリー、17項目で構成されます。

■ 社会復帰調整官

保護観察所は、医療観察制度の対象となる人の処遇に当初審判のときから生活環境調査、入院処遇中の生活環境調整、通院処遇中の精神保健観察まで一貫して関与し、関係機関相互の連携が確保されるよう、処遇のコーディネーター役を果たすこととされています。社会復帰調整官は、保護観察所においてこの制度による処遇に従事し、対象となる人の社会復帰を支援する精神保健福祉士等の専門家です。社会復帰調整官は、各保護観察所（支部を含む）に複数名配置されています。

■ CPA会議

CPAはケア・プログラム・アプローチ (Care Programme Approach) の略です。

入院決定を受けた法対象者に対して、入院当初より退院先を含めた地域での支援体制を考えることは重要であり、社会復帰調整官や家族を含め退院後の支援を担う関係機関の支援者と指定入院医療機関が集まり話し合いを持つことをCPA会議と呼んでいます。

CPA会議は、入院当初より2～3か月に1回の頻度で開催され、退院先や退院後の支援体制が具体化するにつれ、その参加者も増えていくこととなります。

■ MDT会議

MDTはマルチディシプリナリー・チーム (Multidisciplinary Team) の略で、多職種で構成される支援チームを意味します。医療観察制度においては、指定入院医療機関が入院中の法対象者の個別治療計画を作成します。主に各治療期（急性期、回復期、社会復帰期）をクリアするための目標を対象者と共有し、目標を達成するための具体的な計画となりますが、この個別治療計画に基づき、法対象者を担当するMDTがそれぞれ具体的なアプローチを行うこととなります。MDT会議では、個別治療計画の振り返り、見直し等を行うほか、院内散歩や院外外出、外泊等の行動制限レベルの評価、見直しを行います。対象者の病状に応じて週に1回、最低でも月に1回は開催することとなります。

1 . 医療観察法対象者の障害福祉サービスの 利用促進のために (Q & A集)

1) 地域社会における支援における障壁と強み

Q
1

uestion

日中活動系の障害福祉サービス事業所等で、法対象者の利用が進んでいないのはなぜですか

A

nswer

前提として、本法は、単に指定医療機関のみで運営される制度ではありません。

本法の第1条には、社会復帰を促進することが目的であると明文化されています。円滑な地域移行と地域での定着を推進することが求められています。

はじめに、このたび実施した「心神喪失者等医療観察法対象者の障害福祉サービス（日中活動系）の活用に係る実態調査」結果から、調査協力が得られた118の事業所の回答を見ていきます。

「医療観察法を知っているか」との問いに「知っている」と回答したのは、44.9%と半数以下でした。本法の認知度が低いことが、法対象者の日中活動系障害福祉サービス事業所等における、法対象者の受け入れの障壁となっていることが窺えました。また、事業所における法対象者を受け入れる条件については、本法に関する研修等を79.6%（約8割）の事業所が、望んでいることが示されました。この2つの回答から、医療観察法の認知度は低く、法対象者の受け入れにあたっては、本法に対する研修等のニーズが大きいことが明らかとなりました。今回の実態調査の結果から、本法が施行され12年の歳月が経過した今日においても、支援者向けの研修ニーズが高いことがわかりました。支援者が正しい知識を持っていないことは、誤解を生み、誤解は偏見（誤解に基づくマイナスイメージ）や差別（社会において、偏見が露わとなる）につながりかねません。こうした意味において、研修ニーズが高いということは、支援者が知識を得ようとする、支援に向けた前向きな姿勢ともとらえられます。

ここで、本法対象者で地域における、生活支援が必要な件数の参考として、平成29（2017）年の保護統計（速報値）を見てみると、精神保健観察の継続件数は、667件でした。全国規模の統計の数値としては、数が少ないものです。社会全体において、少数であるということは、それ自体が社会的排除の対象になりやすい状況にあると言えます。また、その対象が精神障害を抱えていること、再被害行為に対する懸念等から、福祉事業所からも受け入れを敬遠されやすい実情があります。では、実際に法対象者を受け入れた経験がある事業所の回答を見てみます。受け入れ理由のトップ3は、①法人・事業所として法対象者を特別視する考えがないから（94.4%）、②保護観察所や医療機関との連携体制が取れている

から(88.9%)、③実際の法対象者が特別な人ではなかったから(77.7%)があげられていました。

本法対象者の受け入れ経験がない事業所へ向けて、受け入れ経験のある事業所の回答から、次のような示唆が得られます。①の「法人・事業所として法対象者を特別視する考えがない」ということは、法人や事業所の管理職の姿勢であり、管理職向けの研修企画としては、倫理教育とともに本法の対象者を受け入れた場合の、人・物・金・情報に関するマネジメントの具体を示すことが、有用であると考えられます。なお、現在、管理職の立場にある方々の実務経験年数を考慮すると、本法施行前における基礎教育では、当然、本法に関する教育は行われていないため、体系的な教育の機会を確保することも重要です。

また、②の連携について、保健医療福祉分野における多機関・他職種連携については、古くから言われ、今日の実務には、欠くことができないものとなっています。本法における、連携では、保護観察所の社会復帰調整官が、重要な役割を果たしています。普段の実務では、あまり聞き慣れない職種ですが、本法の支援には必須の職種です。詳しくは、用語解説(22～23ページ)を参照し、この冊子を読み進めていただければ、具体的なイメージを持っていただけるものと思います。連携において、重要なことは、報酬上の算定要件を満たすといった形式的な連携では意味を成しません。対象者を輪の中心に、目標に向かい各々の専門職が、輪の軸となり、常に対話しチームが和やかに機能することが求められます。

そして、③「実際の法対象者が特別な人ではなかったから」との回答が寄せられています。受け入れの判断について、対象行為のみで判断を行っていない、対象行為を行った際の資料情報に振り回されていないことがわかります。実際に対象者の“いま”に向き合い、特別な人ではなかったと判断し、受け入れています。ここでのポイントは、はじめに対象行為に焦点をあてるのではなく、Aさんという人間に焦点をあてる。そのなかで、Aさんのライフコース上に存在する対象行為と、その後の治療やその後の変化、そして、これから、精神障害を抱えながら、生活者として地域で生活していくために、うちの事業所やスタッフで何ができるかという思考です。私たち人間は、誰もがこころの拠り所となる“居場所”や必要とされる“出番(役割)”がなければ、生活していくことは難しいのではないのでしょうか。触法障害者の福祉支援に携わるExpertの経験に関する研究結果からも、上記のようなポイントが重要であると言えます。どのような人の支援であっても、対象理解は、簡単にわかるものでなく、わからないからと、容易に関わりを投げ出すものでもなく、ひたすらに理解しようと努めることが、関わりの第一歩です。

“共生社会”という言葉が、単にこうあるべきという“規範概念”にとどまることなく、共生社会が実現しているという“事実概念”の内実が果たされることが重要なことは、言うまでもありません。そのひとつに、本法の対象者と関わることもあげられると思います。そのためにも、受け入れに向け課題となっている、支援者側の本法に対する理解を深めるため、この冊子を読み進めていただきたく思います。この冊子の次ページを開くことが、共生社会の実現に向けた扉を開くことにつながるものと期待しています。

Q
2

Question

医療観察制度に特有の支援方法がありますか

A

Answer

平成17(2005)年に医療観察法が施行されたことにともない、重大な他害行為を行った精神障害者については、司法制度と精神医療・保健・福祉制度が連携して、その治療等の必要性や退院判断を行うとともに、専門機関がその治療、リハビリテーション、社会復帰支援を提供する制度が開始されました。このような制度は、欧米諸国では、100年以上の歴史を持ち、国ごとの差違はありますが、標準的な手法が確立されてきています。

ただ、司法精神医学分野の司法制度や治療・リハビリテーションに比べ、司法精神医学分野の社会復帰支援等の関わりは、その国ごとの社会状況や精神障害者関連の支援方法・福祉制度等に大きく影響をされ、標準的な手法が確立されにくいといわれています。そのため、その国ごとに、違いが大きく出やすい領域ではありますが、比較的標準化されているという司法精神医学分野のケアマネジメントを中心に、医療観察制度を含む、司法精神医療・保健・福祉制度に特有の支援方法(以下、「特有の支援方法」という。)について、紹介していきます。

「特有の支援方法」として、まずあげられるのは、社会復帰調整官を中心として通院医療機関や保健所、自治体の精神保健福祉担当者等による多職種・多機関によるネットワークが組み立てられていること。公的な機関である保護観察所の社会復帰調整官が、全体のケア・コーディネーター的な立場で、処遇に関わることが法律的に明記されていることです。また、社会復帰調整官は、医療観察制度において、当初審判時の「生活環境の調査」、入院処遇中の「生活環境の調整」、通院(地域)処遇中の「精神保健観察」と、対象者の処遇に一貫して継続的に関わる唯一の支援者であり、各処遇の橋渡しの役割を担っています。

医療観察制度では、審判、入院処遇、通院処遇で専門的な関わりや処遇が求められるため、それぞれに関わる専門機関を対象者が移動することが多く、特に、入院処遇から通院処遇の移行については、大幅なスタッフの入れ替えになることから、社会復帰調整官の情報提供や支援の橋渡しの関わりは、通院(地域)処遇のスタッフや対象者への支援体制の構築に極めて重要な役割となっています。また、公的な機関がケア・コーディネーター的な立場で、処遇に関わることは、司法精神医療領域において、不滞が強くなりやすい通院(地域)処遇に関わるスタッフに安定感と安心感を与えています。また、社会復帰調整官は、その役割から医療観察法の各種手続きに精通しているため、法律の解釈等についてアドバイザーとして期待することができます。

また、海外の司法精神医学分野のCPA等のケアマネジメントでは、緊急時の対応を含め、必要な情報の集約化と適切な情報分析、迅速な判断が必要となる場合が多く、ケア・コーディネーターを指定し権限と責任を明確化し、集中化することが、推奨されています。医療観察制度においては、現在、この部分の多くを社会復帰調整官が担っています。

二つ目の「特有の支援方法」としては、指定入院医療機関におけるCPA会議(用語解

説参照)の参加と通院(地域)処遇のスタッフ等の参加による、この会議の活用です。海外においても、退院後ケア計画やクライシスプラン(32~33ページ参照)は、非常に重要視されていますが、それと同じくらいに、その作成方法自体が重視されています。

基本的には、対象者、社会復帰調整官なども含め関係者全員が、退院後のケア計画やクライシスプランの作成に関わり、それぞれの意見を取り入れ、より具体的で実際的な計画を作成していく。また、それを全員の承諾の元に、最終的にケア計画を文書化して配布するなど、それら一連の手続きが、海外の司法精神医療分野のケアマネジメントでは、重要とされています。

そのため、我が国においても、このような司法精神医療分野のケアマネジメント手法を取り入れられるように、指定入院医療機関にCPA会議が整備され、現在では、ほとんどの指定入院医療機関で開催されるようになっていました。しかし、いままでの我が国の精神医療では、このような会議や手続きに馴染みがないこともあり、あまり積極的にケア計画等についての意見交換を行わない、退院間際にならないと議題として取り上げないなど、ケア計画作成の意見交換におけるCPA会議の活用には、依然として、担当者ごとに意識に開きがあるようです。ただ、具体的で実際的でない支援方法や緊急時対応が記載されている退院後ケア計画やクライシスプランは、退院後に対象者自身や各関係機関の通院(地域)処遇に関わるスタッフの大きな負担になることが明白ですので、まず、CPA会議に参加する通院(地域)処遇のスタッフは、自身の機関が担当する部分について、それを実際に行うことができるのかよくチェックし、必要があれば、指定入院医療機関のMDTや社会復帰調整官に伝えるなどCPA会議の場の積極的に活用して頂ければと思います。

三つ目の「特有の支援方法」としては、退院後ケア計画である処遇実施計画とクライシスプランのその後の活用です。医療観察法で一番問題の発生しやすいのは、退院後の入院処遇から通院(地域)処遇へ移行する時期といわれています。特に最初の1~3か月は、問題が発生しやすい時期といわれています。スタッフの大きな入れ替わりのあるこの時期、退院後ケア計画やクライシスプランについて対象者と通院(地域)処遇に関わるスタッフで話し合うことは、非常に重要です。対象行為にも話題が繋がることもあるため、まだ担当して間もない通院(地域)処遇に関わるスタッフとしては、侵襲性が強いと躊躇される思いも解るのですが、計画等をおざなりにしては、結局、問題が起こった場合など、対象者と通院(地域)処遇に関わるスタッフともに、大きなダメージを負うことも少なくはありません。海外の司法精神医療分野のケアマネジメントにおいても、通院(地域)処遇に関わるスタッフが対象者とケア計画やクライシスプランについて話し合うこと、定期的に見直すことの重要性を指摘しています。特に、見直しについては、退院直後の計画が、円滑な移行を目指すため、時に、司法精神医療の計画は、非常に手厚く、また保護的な計画となっていることがあり、話し合いの場を持つことは、対象者ためにも必要な場合も多くあります。また、適正な計画であっても、退院後の対象者や地域の状況の変化により、適切な時期に見直さなければ、次第に実際の状況から遊離した利用できない計画となってしまいます。司法精神医療の計画は、詳細に作成されている分、このような傾向が強いようです。そのため、退院後、最初の6か月以内に、問題がなくとも、一度は、見直しを検討してみてください。

2) 障害福祉サービスの利用の進め方

Q 3 uestion

法対象者が障害福祉サービスを利用する際の流れはどのようになり
ますか

A nswer

社会復帰調整官や医療機関の精神保健福祉士がグループホームや日中活動系事業所を探し、まず市区町村へサービス利用についてご相談いただきます。しかし実際は、計画相談支援事業所にご相談をいただくことが多いです。

入院処遇中の方の場合、市区町村担当者や相談支援専門員が指定入院医療機関に出向き、ご本人と面談をします。市区町村担当者によりサービス申請の支援や支給決定及び障害支援区分の認定のための調査が行われ、相談支援専門員によりサービス等利用計画案作成のための面談をします。

相談支援事業所を探すにあたっては、これまでに関わりがあった所に相談をしてみる他、事業所一覧等を用い、市区町村の給付担当者に相談支援事業所を紹介してもらい相談をする事も可能です。

サービス利用申請後に認定調査がセッティングされますので、相談支援専門員が調査に同席してお話を伺わせていただく場合もあります。

サービス提供事業所の見学や体験利用には相談支援専門員が同行することもあります。医療観察病棟の職員が複数名同行することが多く、病棟職員と一緒に動くことが多いです。サービス提供事業所、医療機関と計画相談支援事業所とが連絡を取り合いながら日程調整をします。認定調査の内容、サービス等利用計画案が勘案され市区町村でサービスが支給決定されます。

法対象者に関しては、入院中から定期的にCPA会議が開催されます。社会復帰調整官、指定入院医療機関の職員、支給決定先の保健師や精神保健福祉相談員等多くの支援機関、支援者が関わり、支給決定前から手厚い支援体制がつくられます。また、CPA会議の調整等は社会復帰調整官が行います。会議に参加することで、関係者全体でご本人の意向を確認、共有し支援の方向性を検討します。



福祉サービスを利用してみたいと思ったら…

1 お住まいの市区町村にサービス利用申請

ご本人の状況や市区町村によって利用できるサービスは異なります。

2 認定調査

相談支援専門員が調査に同席することもあります。

3 サービス等利用計画案の作成 (相談支援事業所と契約)

ご存知の事業所に直接相談したり、地区担当の保健師に紹介してもらうことも可能です。

4 障害支援区分の認定

5 サービス等利用計画案を市区町村に提出

6 サービスの支給決定

7 受給者証交付 (ご本人のところへ郵送)

8 サービス利用開始 (サービス提供事業所と契約)

9 サービス担当者会議の開催

10 お住まいの市区町村にサービス利用申請

作成した計画に沿ったサービスが提供されているか、サービス内容に満足しているかなど確認をします。

サービス利用継続

※入院中から利用できるサービスとして地域移行支援事業が位置づけられました

地域移行支援事業を利用する事で入院中から外泊や日中活動先の見学、体験といったことが可能になります。サービス提供事業所の見学や体験利用には相談支援専門員も同行しています。

医療観察法の対象者の場合、医療観察病棟の職員が複数名同行する事が多く、手厚い支援体制を整えています。

また、医療観察法対象中の方がグループホーム、宿泊型自立訓練に入所すると地域生活移行個別支援特別加算が算定されます。

訓練系、就労系サービス事業所においても、社会生活支援特別加算が創設される予定です。

法対象者の方は、専門的治療プログラムを受け、福祉サービス導入の段階で、複数の支援機関が関わっています。

**Q
4**

Question

法対象者の利用を受け入れる際に、特別に気をつけなければならないことはありますか

A

Answer

法対象者の利用を受け入れる際は、基本的には、他の心の病を持った方々を受け入れる際と変わることはありませんが、対象者については以下のことは確認及びアセスメントすることは必要でしょう。

- 当該障害福祉サービスの利用動機はどのようなことがあるのか
- 関係者の意向はどのようなことがあるのか
- 対象者の利用動機、関係者の意向と当該障害福祉サービスの提供内容と合意できるものがあるか
- 病気の増悪のサインは何か
- 増悪したときの対応への理解と、周囲が行うことは何か
- 被害者との関係性への配慮と支援は何があるのか
- 地域生活における関係機関の役割の確認

事務的には、利用を受け入れる場合、指定入院医療機関で行われるCPA会議に出席を求められることとなります。これは、対象者の状況を知る上でとても大切な会議です。事務量として増えることとなりますが、他の利用者のサービス等利用会議と同様なものとして考えてよいと思います。

対象者の支援は、不安や心配事、生活のしづらさなどへの支援、働くことや活動する場に参加することによる孤立の防止、社会参加、役割獲得の支援、クライシスプラン(32～33ページ参照)による再発防止の視点と「これからどう生きていくか」という対象者のストレングスの視点が大切になります。



**Q
5**

Question

法対象者であることについて、事業所のスタッフや法人内で情報共有しておきたいと思いますが、どのタイミングで伝えるのが良いでしょうか

A

Answer

法対象者の受け入れ依頼がきた時点で、事業所の所属長に相談し、事業所内で共有をしています。所属長から法人内に共有の連絡をし、受け入れの可否を判断しています。

情報については、処遇実施計画がサービス等利用計画案やサービス提供事業所の個別支援計画に関係するだけでなく、面接や同行支援等においてどのような点に留意して本人と関わればよいか、支援関係者と連携すればよいかなどを確認することにも活用します。入院病棟で行われるカンファレンスに参加依頼をされ、そこで詳細をお聞きすることもあります。相談支援、居住系、日中活動系など、事業によって、法人事業所スタッフ内だけでなく、利用者の方や他関係機関の方など共有する範囲が異なるようです。

**Q
6**

Question

サービス等利用計画書は、医療観察制度上の処遇実施計画書とは別に作成されることになりますか

A

Answer

サービス等利用計画案は、障害福祉サービスを支給決定するために必須の勘案資料であり、相談支援専門員等が作成するものです。一方処遇計画書とは、保護観察所が指定通院医療機関や、都道府県・市区町村などの精神保健福祉関係の諸機関と協議して作成するものであり、それぞれ全く異なるものです。

「処遇の実施計画」には、対象となる一人ひとりの病状や生活環境に応じて、必要となる医療、精神保健観察、援助の内容等が記載されています。

例えば、医療については、治療の方針、必要とされる通院の頻度や訪問看護の予定などが、精神保健観察については、本人との接触方法（訪問予定等）などが、援助については、利用する精神保健福祉サービスの内容や方法などが記載事項とされています。また、病状の変化等により緊急に医療が必要となった場合の対応方針や、関係機関及びその担当者の連絡先、ケア会議の開催予定なども盛り込まれています。その中に福祉等のサービス利用を調整する機関として、相談支援事業所が位置付けられています。

相談支援専門員の関わり(計画相談)

相談支援専門員は、障害福祉サービスを利用する方を対象に、ご本人が希望する生活を実現するために必要な障害福祉サービスを含む社会資源を、総合的な援助の方針に基づいて整理しながら「サービス等利用計画案」を作成します。

計画案を作成するにあたって、これまでの生活歴や病歴、現在の生活、これからのご希望などをおうかがいし、現在の状況を踏まえてつくっていかねばなりません。既存の福祉サービスだけでなく、家族や友人などの人、銀行や郵便局、よく利用するお店、公共交通機関などの生活資源など、生活に関わるあらゆる社会資源を活用することが大切です。法対象者の方であれば、処遇実施計画があり、処遇方針とも連動しながら、入院中、また退院日に適切に必要なサービスを利用できるように調整を図ることも必要です。

各障害福祉サービス事業所では「個別支援計画」が作成されます。「サービス等利用計画」という総合的な援助の方針に基づいてつくられる、障害福祉サービスそれぞれの詳細な計画です。サービスを提供するにあたり、どのような目的・目標を持ち、どのように支援していくのかを、より具体的に示すものとなっています。

どの計画においても、ご本人を含めた様々な社会資源が、その機能を十分活かせるよう、わかりやすく具体的な内容にすることが大切です。



コラム 医療観察法の方を受けるにあたって

医療観察対象の方は、保護観察所の社会復帰調整官、入院先である病院スタッフと治療、リハビリに向けた取り組みを協働して行ってきています。相談支援専門員は後からの関りになりますので、それまで培われてきた支援チームとの関係性や意向等も十分に踏まえた上で、総合的な援助の方針を立てていく必要性があり、入院中から関わりを持つことが必要です。入院中から利用できる福祉サービスに地域移行支援があり、地域移行支援を利用することで、入院中から計画相談支援にもつながり、また体験宿泊や福祉サービスの体験利用ができるなど、様々なメリットがあります。

これまでの生活歴、病気や対象行為のことなど、話す機会も多かったと思います。新たに関わる上で必要な情報を聞くこともあり、何度も同じ話の蒸し返しにならないようにする必要はあるかもしれませんが、対話を通じて関係性を築くことも大事なように感じています。自分の気持ちや困りごとなどを周囲の人に伝えるのが苦手、という方を補佐する機関として、社会復帰調整官や病棟スタッフの存在は大きいように感じています。

支援のマネジメントにおいては、社会復帰調整官と、相談支援専門員とで役割が重なることも多くあります。社会復帰調整官が医療観察制度を中心に相談支援専門員が障害福祉サービスや地域の生活資源を中心にマネジメントするなどの連携が大切です。

法対象者には、退院をして通院処遇に切り替わった後も関係機関との面接、通院、日中活動先の利用など、スケジュールが組みられます。安定して地域生活を継続するための必要な取り組みである一方で、「退院したのに自由がない」「束縛されている」というような気持ちを持つ方もいます。そうした気持ちにも理解を示し本人が希望することや関心のあることなどにも耳を傾け、情報を得る、体験をする等の機会をつくるなどの関わりをすることも支援関係を構築し、継続していく上で大事な要素です。

Q
7

uestion

法対象者のサービス利用中に特別に行わなければならない業務はありますか

A

nswer

法対象者が利用中に障害福祉サービス事業所として行わなければならないことは、次のことがあります。

- ①法対象者を受け入れた場合に障害福祉サービス費に加算が付く場合は、対象者の受け入れ届けの都道府県自治体への提出。
- ②保護観察所が主催する地域ケア会議への出席し対象者の障害福祉サービスの用状況を報告することと、当会議で関係機関から対象者の情報を得ること。
- ③法対象者が精神保健観察終了後の地域ケア体制の構築にかかる役割の整理があります。

特に③は対象者も「精神保健観察中は保護観察所の指示に従います」と発言することもありますので、保護観察所による観察が終了したときを考え、対象者の支援には、社会復帰調整官から地域の援助機関が引き続き行うことを意識した関係性のつくり方が重要となります。

Q
8

Question

クライシスプランとはどのようなものですか。また、受け入れ事業所としてプランの内容を把握しておく必要はありますか

A

Answer

近年、主流となっている『クライシスプラン』は、精神症状及び状態悪化のレベルごとに、①一般対応レベル、②緊急受診レベル、③入院必要レベルなどのように3～5段階の表形式で区分し、それぞれについて、対象者の「病状悪化の注意サイン」、「対象者(自身)家族等の対応」、「通院(地域)処遇に関わる関係機関のスタッフ(援助者等)の対応」などを詳しく記載し、「各関係機関の連絡先一覧」も加えて作成されるもので、(地域)処遇における対象者の病状急変時等の緊急時における対応の重要な指針となっています。

『クライシスプラン』作成段階では、まず、入院処遇中の対象者の治療・リハビリテーション、社会復帰支援を担当するMD Tが中心に、その「案」を作成し、社会復帰調整官が、それに意見をいっていく形式が多いようです。『クライシスプラン』内容については、通常、指定入院医療機関の入院中、その回復期後期から社会復帰期にかけて、対象者の過去の病歴や対象行為時の病状、入院中の生活や治療プログラムなどの状況、対象者自身やMD Tの意見などを総合して、作成されていきます。そして、退院後、処遇実施計画とともに、保護観察所から配布されることとなります。ただ、『クライシスプラン』の作成方法自体に明確な規定は無いため、地域や対象者の状況、またMD Tの関わりや方針などにより、その内容には、大きな違いが出てきています。

受け入れ事業所として『クライシスプラン』に関わるとき、以下のような点に注意してください。①指定入院医療機関が中心で作成される場合、どうしても精神症状及び状態悪化のレベルなどのアセスメント部分に比重がおかれやすく、「通院(地域)処遇に関わる関係機関のスタッフの緊急時の対応の部分(マネジメント部分)」が、ステレオタイプの対応計画となりやすい傾向があります。また、②この緊急時の対応の部分は、具体性が乏しい場合、現実の計画としては、無理があるものなどにもなりやすい。そして、このような『クライシスプラン』が、実際の緊急時対応では利用しにくいものとなることは、容易に想像することができます。

受け入れ事業所は、これらを念頭におき、『クライシスプラン』の案が提示された段階で、自身担当部分について、それを実際に行うことができるのか、よくチェックし、必要があれば、具体的な改善案などを提示していきます。

また、現在、ほとんどの指定入院医療機関では、CPA会議を開催しているため、『クライシスプラン』の案の作成段階で、要望等を伝えていくことができます。具体的には、CPA会議に参加した受け入れ事業所として、MD Tに対して、作成中の『クライシスプラン』の「精神症状及び状態悪化の状況や特性」などについて、詳しく説明してもらうとともに、「通院(地域)処遇に関わる関係機関のスタッフ(援助者等)の対応」について、必要な助言や要望を伝え、『クライシスプラン』に反映させてもらうようにします。また、時間の制約や遠隔地であることにより、職員派遣ができにくいときは、参加している社会復

帰調整官を通じて、積極的に必要な要望を伝えるようにしていきます。

また、このように作成された『クライシスプラン』であっても、退院とともに対象者や支援者を巡る状況は、徐々に変化していくため、退院後に開かれるケア会議などで、対象者も含めた参加者で話し合い、必要に応じて随時、実際に利用できる『クライシスプラン』を変更していくようにしていく必要があります。

「(病状急変時等)緊急時対応計画(クライシスプラン)」とは

医療観察法では、保護観察所の長に(地域)処遇について、実施計画の作成が義務づけられおり(第104条)、医療観察法における対象者の退院後の医療、精神保健観察及び援助は、この実施計画に基づいて行われなければならない(第105条)とされています。そのため、保護観察所では、対象者の通院(地域)処遇の開始にともない、地域ケア計画を記載した『処遇実施計画書』を、作成し、実際に通院(地域)処遇に関わる各関係機関に配布していきます。

この『処遇実施計画書』には、通院(地域)処遇の開始時における、各関係機関の支援や対応、社会復帰調整官の精神保健観察の方法、退院後のケア会議の持ち方などが詳細に記載されています。そして、その中の一部に「(病状急変時等)緊急時対応計画(クライシスプラン)」の記載部分がありましたが、この部分の書き方や内容が充実していく中で、徐々に記載が増え、別紙として作成されることが多くなり、現在の形式の『クライシスプラン』になっています。



Q9

Question

利用中に病状が不安定となり入院が必要となった場合の入院先は、医療観察病棟になりますか

A

Answer

地域処遇中の法対象者が入院加療する場合は、原則として精神保健福祉法の医療による保護が適応されることとなります。任意入院や医療保護入院の入院形態を併用することとなります。また自傷・他害の恐れがある場合は、措置通報による措置入院に至る場合も想定されます。多くの場合は、指定通院医療機関の一般精神科病棟に通院処遇中の入院として対応している現状から鑑みて、事前に法対象者及び支援者との間において病状悪化時の状態や悪化前のサイン等を想定する必要があります。この具体的な症状（自分からみた症状や他人からみた症状等）は、地域処遇の開始時点やその後の定期的なケア会議及び外来受診の場面において、クライシスプランとも連動させて確認していく必要があります。特に病状が悪化した際の臨時の受診や精神保健福祉法の入院の進め方については、あらかじめ法対象者と支援者の間で具体的な取決め（例：〇〇の状態や〇〇の症状が現れたなら受診や入院をする等）として運用されるように配慮することが必要になると考えられます。

地域処遇中に入院を想定するべき事態としては、通院の不規則、処方薬の不規則、警告症状の出現、粗暴の傾向が高まった場合等が想定されます。この事態の際、担当の社会復帰調整官が法対象者の居住地等に訪問を実施し、受診同行及び入院調整を行い、入院に至ることとなります。例えば、指定通院医療機関等のデイケアを利用している場合、無断でプログラムを休んだ事態においてはデイケアの担当スタッフから電話による確認を行い、社会復帰調整官を含め院内外の支援者との情報共有に努めます。仮にデイケアの休みが継続する場合は、入院による対応が検討されることとなります。また、不眠を訴えて処方薬を2日以上使い不眠が継続する場合は、外来受診を促し処方薬の調整を行います。しかし、その後も改善が見られない場合は、入院を検討することとなります。一方、周囲へ暴力を振るう可能性や自傷・他害のリスクが高い場合、処方薬の順守ができない場合においても入院による対応を検討することとなります。このような事態は前述の通り、あらかじめクライシスプランの中に盛り込まれている必要があります。処遇開始から処遇終了に至るまで法対象者と支援者の間で合意と確認が繰り返されていくことが望ましいと考えられます。



Q 10

uestion

法対象者の医療観察制度上の処遇がまもなく終了となる予定です。処遇終了後に気をつけなければならないことはありますか

A nswer

通院処遇は保護観察所の社会復帰調整官や指定通院医療機関のスタッフや法対象者の居住地の行政機関等の協働による支援が、原則3年間（延長5年まで）提供されます。しかしながら、医療観察法の処遇が終了になると、社会復帰調整官は支援に関与することができません。処遇終了後からの法対象者の支援のあり方について、具体的な取決めはありません。一般的には行政機関が主導し障害福祉サービスを活用しつつ、通常の障害福祉サービスの対象として支援が継続する場合があります。また、法対象者の個別や地域性に応じ障害福祉サービス事業者や指定一般相談支援事業者がサービス等利用計画の作成を行い、既存のサービスを提供する形式でその後の支援が行われている場合があります。

いずれにしても、法対象者の処遇終了に伴い配慮するポイントは、医療観察法の処遇に限定し関与している社会復帰調整官が担っているケースマネジメントの機能について、誰が引継いでいくのか等、あらかじめ法対象者と支援者の間で合意しておく必要があります。

一方で、これまで医療観察法下で行われてきた支援は強制力のある処遇であり、処遇終了後は、あくまで障害者総合支援法及び精神保健福祉法に基づく支援の対象であることに留意する必要があります。一般精神科医療や障害福祉サービスの提供については、処遇終了前に処遇終了後の支援の担保として協議していくことが求められます。

処遇終了後の法対象者の生活を考慮する上においては、本人の意向や希望に沿った既存の医療サービスや障害福祉サービスを受給していくことが、社会復帰の定着に不可欠であると思います。長期にわたり医療観察法の処遇が行われてきても、必ずしも法対象者の抱えている課題はすべてにおいて解決しない場合もあることから、引続き地域の関係者から継続的にサポートされるように処遇終了前から協議されていることが望ましいと思われます。



事例1 夢が持てるようになり、日々の暮らしが楽しく感じられるようになったAさん
～様々な福祉サービスを利用しながら安定した地域生活を継続している事例～**Aさん、55歳、女性**

診断名：統合失調症

対象行為：放火

生活基盤：単身生活をしながら、障害基礎年金2級を受給し、就労継続支援B型事業所を利用（夫は7年前に病死し、長男は独立しています）

1. 生活歴

□県で長女として出生。躰の厳しい家庭で育ち、小中学校と友達も多く、成績は中程度でした。この頃から父親の酒乱が目立つようになり、勉強ができる環境ではなくなりましたが、公立高校に合格し、入学後は、スポーツ好きであったことからバレーボール部に所属していました。高校卒業後は販売員として就職し、まじめに勤務し成績も優秀でした。その後、職場の先輩と結婚し、長男をもうけました。その後、夫の仕事が上手くいかず、職を転々とするようになり、生活は徐々に困窮し始めていました。

2. Aさんが起こした対象行為と入院処遇から通院処遇までの経過**● 対象行為までの経緯**

出産後頃より奇異な言動が増え保健所の介入により入院となり、統合失調症と診断されました。退院後は通院・服薬は中断となり、再び奇異な行動が目立つようになりました。この頃、夫の仕事の都合で□県から○県に転居しましたが、転居後はさらに病状が悪化し、近隣との口論や家出をするようになっていました。保健センターに夫が相談し、行政職員の支援にて、医療保護入院となりました。退院後は通院・服薬が中断し、隣人への暴力行為を起こし、警察官通報にて措置入院となりました。退院するも通院・服薬は再び中断され、医療保護入院を数回繰り返すといった状況が続いていました。市主催でケア会議が行われ、Aさんに対し、継続的な受診と服薬について奨励してきましたが、継続的な通院には繋がりませんでした。その後は、万引きを繰り返し、警察署に再び保護され、本人は入院を希望しましたが家族に入院を認めてもらえず、その数日後、夫の留守中に対象行為に至っています。（後にAさんは、辛いのに入院を認めてもらえなかったため、自殺目的で自宅に火を放ったと説明しています。）

● 障害福祉サービスを利用するまでの経緯

鑑定入院を経て医療観察法に則って指定入院医療機関にて入院処遇が開始されると、次第に精神症状は落ち着き、社会復帰調整官による退院後の生活環境調整が始まりました。過去の服薬中断による問題行動や入退院を繰り返したことについては内省が乏しい状況はありましたが、服薬及び治療プログラムへの参加、病棟内の対人交流も問題なく良好に経過。ケア会議が行われ、病院医療チームの見解として「服薬が適切に行われれば精神症状の再燃もなく社会生活を行えるもの」と評価され、退院に向けて準備をすることとなりました。退院先については、放火により自宅がないことや家族状況を考慮し、生活リズムの維持・

服薬継続の観点から施設入所が適切と判断され、Aさんも前向きに退院に向けて取り組みました。指定通院医療機関も確定しました。

● グループホーム入所（退所）から現在の地域生活に至るまでの経過

グループホーム入所までケア会議を数回実施し、社会復帰調整官からの経過報告と処遇実施計画書策定についての確認、Aさんの希望、クライシスプランの確認、体験利用中の様子など、各関係機関からの情報確認を行いながら進めていきました。

ケア会議出席機関：Aさん・指定通院医療機関・〇県障害福祉課・〇県精神保健福祉センター・保健所・市役所・入所予定施設・保護観察所。

入所時期を決定し、本人とともに準備に入りました。

グループホーム及び自立訓練（生活訓練）事業所を見学。体験利用は3回実施し、本人の不安や施設側の心配なども確認しながら体験宿泊数を徐々に増やし、慣らしていきました。

体験利用中は、穏やかに過ごされ、持ち前の社交性が発揮され、他利用者とのコミュニケーションは良好に経過。クライシスプランをもとに本人の状況確認を行いながら無理のない体験利用ができるよう支援を行い、正式入所となりました。

入所後は個別支援計画に沿って、生活リズム、整容面、服薬、金銭管理、対人関係において良好に経過し、日中活動も自身のペースで無理なく行うことができていましたが、徐々に新しい環境にも慣れ始めた頃、お金の貸し借りなどが発覚し、利用者間でのトラブルに発展してしまうということがありました。課題解決は図れたものの徐々に不眠や精神状態の悪化が見られ始め、かつての生活がフラッシュバックすることもありました。施設としては目標確認やクライシスプランに沿ってAさんと面談を行いながら見守っていましたが、状況は安定せず入院となりました。退院後は、Aさんのペースを保つことを促し、見守っていましたが、施設生活への行き詰まり感は見られましたが、社会復帰調整官の訪問支援も受けながら、日中活動ではスポーツプログラムなど楽しめることも増え、（短期の入院は3回ほどありました）3年間の生活訓練とグループホーム生活を終了し、かねてから希望していた単身生活へ移行することとなりました。相談支援事業所（計画相談）も新たな支援機関として加わり、日中は、就労継続B型事業所の通所を開始し、現在も安定して継続通所ができています。

通院処遇3年を経過し、医療観察法の支援は終了しました。

3. 現在の生活状況

就労継続支援B型に通所開始し2年が経過し、相談支援が入ったことで、生活上の課題など相談ができ、早めの対応が可能となりました。金銭については保佐人が選任され、一括管理してもらっています。現在はお付き合いしている男性もおり、休日には買い物と一緒に出かけたり、互いの趣味を一緒に楽しんだり、充実した日々を過ごせるようになりました。

● Aさんの希望

- ・就労継続支援B型事業所で働き、今の生活を維持したい。
- ・将来は、お菓子やパンをつくりながら素敵な老後を迎えたい。

● 支援目標

- ・ 地域生活を安定して継続し、生きがいのある就労生活を維持できるよう本人が困ったときにすぐに相談できる環境を整えておく。

● 現在利用中のサービス

- ・ 就労継続支援B型事業所(就労)
- ・ 短期入所(休息が必要な際利用)
- ・ 訪問看護(体調確認・服薬状況確認)
- ・ 居宅介護(家事援助)
- ・ 通院医療機関(定期通院)
- ・ 保佐人(金銭管理等)
- ・ 相談支援等(計画相談)

4. 支援を振り返って

医療観察法下で、入院中より支援がなされ、Aさん自身が幻聴や妄想についての受け入れや入眠困難に陥ると精神症状が悪化する傾向があることを掴めたことで地域生活に移行する上で良好に作用したのではないかと考えられます。指定通院医療機関確定後のケア会議ではAさんの想いや不安なども聞くことができ、受け入れ施設は、早い段階で関係性が築けたことや本人の社会復帰に向けて支援する体制(支援者の役割が明確)が整っていることで安心して受け入れることができました。

現在、Aさんは自身の課題(服薬の継続・金銭管理)に対し、成年後見制度の導入や訪問看護を利用することで金銭にまつわるトラブルや怠業も解消されました。また、掃除が苦手なAさんは、当初ヘルパーが自宅に入ることに抵抗がありましたが、今では掃除の他にも料理を教えてもらい、レパートリーも増え、料理することが楽しくなっているようです。週1回のヘルパー訪問日を楽しみにしています。買い物でお金が足りなくなることたまにあるようですが、保佐人に相談しながら、やりくりすることができています。

相談支援を軸に、Aさんをはじめ関係機関が会し、サービス調整のための会議なども定期的に行われ、Aさんの想いをうかがいながらAさんが地域生活を維持できるよう支援者同士、情報の共有に努めています。

本事例のポイントとしては、Aさん本人の課題に沿った様々なサービスを組み合わせ提供し、多くの人が関わることでAさん自身が安心でき、なおかつ安定した地域生活を送ることができているという点です。また、Aさん本人のありのままを受け入れ、本人の生きにくさを理解し、支援者間で共有しながら支援していくという姿勢が何より大切ではないでしょうか。

事例2 通院処遇後病状の悪化を経て就労を目標とした支援に移行したBさん ～多くの機関が連携して計画的な就労に向けて支援した事例～

Bさん、30歳、男性

診断名：妄想型統合失調症

対象行為：警察官への傷害

居住地：C市内の実家(実母と同居)

1. Bさんの生活歴と病歴

Bさんは、長男としてC市で出生しました。C市の実家で両親及び2才上の実姉と生活していました。地元の小学校、中学校では、元来真面目な性格で成績は優秀でした。高校は公立の進学校に入学しました。高校では、優秀な同級生が多く、小中学校の時ほど成績は振るいませんでしたが、懸命に勉強し、1年浪人して大学に入学しました。転機が訪れたのは、大学2年生の時です。大学では友人ができず、大学生活に苦痛を感じていたところ、実父が病気によって死亡し、その頃から授業に出席しなくなり、大学2年生の夏に中退してしまいます。

その後、アルバイトを転々としながら実家で生活していましたが、アルバイト先の店長への暴力行為があり、以後アルバイトもせずに時々コンビニエンスストアに買い物に行く以外には、自宅で引きこもりの生活をしていました。実姉が結婚し、実母と2人暮らしをしていたところ、22歳頃から“自分を攻撃する悪の警察組織に見張られている。”という妄想が出現し、実母は精神科への受診を勧めるとともに、保健所等に相談もしました。Bさんは、当初精神科病院への受診を拒否していましたが、24歳頃に実母の強い勧めもあり、D病院に通院し、妄想型統合失調症と診断されました。しかし、怠薬のため病状は安定しませんでした。

2. 対象行為と入院処遇の経過

Bさんは、25歳時に、外出中声をかけた警察官に対して、“悪の警察組織に攻撃を加えられたから防衛した”との理由で傷害行為を起こしました。そして、検察官による医療観察法の申立てがなされ、審判の結果、医療保護観察法による入院処遇の決定を受けました。

入院処遇中の薬物療法によって妄想はほぼ消失しました。また、心理社会的治療プログラムも効果があり、対象行為に対する内省が深まり、疾病理解を得ることができました。退院後の居住地は、Bさんが実母との同居を希望し、実母も受け入れたことから実家に居住することとなりました。指定通院医療機関に関しては、実家から電車で20分の距離にあるE病院になりました。経済的基盤に関しては、入院処遇中に障害年金の申請をし、障害基礎年金2級を受給できるようになりました。保健所等の地域関係機関の支援体制も整って、2年間の入院生活を経て、医療観察法による通院処遇に移行しました。

3. 通院処遇開始と精神保健福祉法による入院

通院処遇開始後、BさんはE病院のデイケアに週4日休まず通所していましたが、通院処遇開始後3か月目に妄想が出現し、クライシスプランを活用してE病院を緊急受診して精神保健福祉法による任意入院をすることとなりました。

入院中にケア会議を開催し、指定通院医療機関及び地域関係機関と今回の病状悪化について振り返りを行いました。Bさんによると、年金暮らしの実母との生活であるため将来的には就労して実母を助けたいという思いがあり、デイケアに頑張って通所すれば早く就労に移行できるのではないかと思ったので頑張りが過ぎたとのことでした。そのため、ケア会議ではBさんが無理なく就労に移行するための方法について協議し、長期目標を就労とするが、まずは無理なくデイケアに参加することを短期目標とし、1か月後に退院してデイケアへの通所を再開しました。Bさんは休まずデイケアに通所し、病状が悪くなりそうな時は休憩室で休息を取るようになり、入院が必要なほど病状が悪化することはなくなりました。

4. 就労継続支援B型事業所の利用

Bさんは、通院処遇を再開して1年経過する頃には、デイケアにも慣れて、プログラムを休むことなく積極的に参加できるようになり、就労に向けてステップアップしたいと希望するようになりました。そこで、ケア会議において、Bさんの病状及び地域生活は安定しているため、就労に向けた支援に移行することを確認し、保健所の保健師が同行して数か所の事業所を見学し、Bさんが希望した就労継続支援B型事業所を2か月間体験利用した結果、同事業所に通所することとなりました。

就労継続支援B型事業所の利用を開始した際、Bさんの医療観察法の通院処遇期間は満了日まで1年半でした。Bさんは、通院処遇開始直後に任意入院した経過から、無理をすると病状が悪化することを自覚していました。そこで、ケア会議においてBさんの就労支援について協議し、就労継続支援B型事業所を利用して計画的に就労支援を受けること、通院処遇の期間満了後1年経過後に障害者雇用の短時間労働に移行することを目標としました。また、就労継続支援B型事業所の利用にあたり、相談支援事業所の相談支援専門員が支援者として関わるようになりました。そこで、通院処遇の期間満了後は相談支援専門員が支援をコーディネートし、保健所等の行政機関が相談支援事業所の支援を行う体制を構築していくこととなりました。

5. 通院処遇の満期終了

その後、Bさんは順調に就労継続支援B型事業所を利用し、就労に備えて指定通院医療機関の診察回数は月1回となりました。また、相談支援専門員はしばらくの間社会復帰調整官とBさんの面接に同席して引き継ぎを行い、徐々に相談支援専門員を中心とした支援体制に移行しました。このような体制が構築できた頃、通院処遇の期間満了日を迎え、Bさんは予定どおり障害者雇用での就労を目指すこととなりました。

6. 本事例のポイント

本事例は、通院処遇開始後本人が就労を焦ったことで病状悪化に至りましたが、ケア会議において病状悪化について振り返り、就労継続支援B型事業所を利用して計画的に就労に移行するところで通院処遇が期間満了となりました。

本事例のポイントは対象者のアセスメントと地域関係機関の連携です。Bさんが、病状悪化に至るプロセスを適切にアセスメントできたからこそ、就労を焦って無理をしてデイケアに参加したことが、病状悪化を招いたことが明らかになり、その後計画的に就労に移行することができました。

また、指定通院医療機関だけで病状悪化に至るプロセスをアセスメントしたのではなく、ケア会議において、Bさん、家族、指定通院医療機関及び地域関係機関が意見を交換して検討した点が重要です。通院処遇は、多くの機関が連携して実施します。多くの機関がそれぞれの特性を生かし、様々な角度から意見を交換できるからこそ、適切なアセスメントが可能になると考えられます。



2. 医療観察制度の概要と現状

1) 医療観察制度の概要

①医療観察制度の目的

医療観察制度は、心神喪失又は心神耗弱の状態で大規模な他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療を確保するために、必要な観察・指導を行うことによって、病状の改善と同様の行為の再発の防止を図り、対象者の社会復帰を促進することを目的としています。

医療観察制度は、平成17(2005)年7月に施行された医療観察法に基づく制度です。対象となる大規模な他害行為とは、殺人、放火、強盗、強制性交等、強制わいせつ(これらの未遂も含みます)、傷害(軽微なものは除きます)の6つです。精神の障害のために他害行為を行うという不幸な事態が繰り返されることなく対象者の社会復帰を促進するため、必要な医療を確保して病状の改善を図ることが重要であるとして設けられた制度です。

②審判の流れ(当初審判)

図1 医療観察制度の仕組み

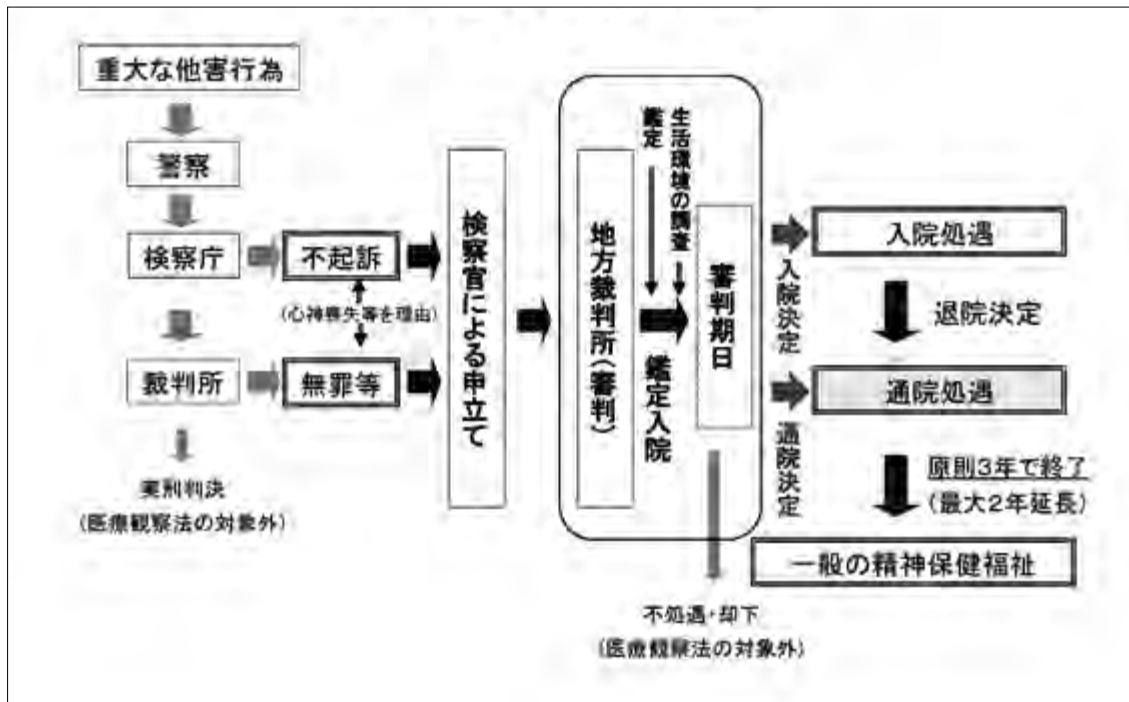


図1では、医療観察制度の仕組みについて示しました。

前述した重大な他害行為を起こした者は、警察から検察庁に送致されます。検察庁に送致された後、検察官はその対象者の責任能力を調べます。この段階で、検察官が心神喪失等を理由に不起訴処分とする場合、検察官によって医療観察法の申立てがなされます。また、検察官が対象者に責任能力があるとして起訴したものの、刑事裁判において心神喪失等の理由で無罪等の判決が確定した場合にも、検察官による医療観察法の申立てがなされます。

検察官による医療観察法の申立てのあった対象者は、裁判官による鑑定入院命令に基づき、原則として裁判所が指定する医療機関（以下、「鑑定医療機関」という。）に入院します。そこで、鑑定人による鑑定を受け、鑑定人は裁判所に対して鑑定書を提出します。また、ほとんどの場合、地方裁判所から保護観察所の長に生活環境の調査が嘱託され、社会復帰調整官が対象者の生活環境の調査を行います。社会復帰調整官は、対象者を取り巻く生活環境について、対象者や家族等との面接、行政機関等に対する照会などをして調査を行い、その結果を生活環境調査結果報告書にまとめ、裁判所に提出します。裁判官と精神保健審判員（精神科医）から構成される裁判所の合議体は、審判期日を開催し、鑑定を基礎として、生活環境調査結果報告書等を参考に、医療観察法による処遇の要否や処遇内容を決定します。審判期日には、精神保健福祉の専門家である精神保健参与員が参加して合議体に意見を述べることもあります。

対象者に医療観察法による入院処遇が必要である場合は、入院処遇の決定を受けます。この場合、対象者は指定入院医療機関に入院します。また、通院処遇の決定を受けた対象者は、指定通院医療機関に通院します。医療観察法は社会復帰を目的としているため、認知症等で治療反応性がない場合は不処遇の決定が出る場合もあります。また、対象行為が不存在等の理由で却下の決定が出る場合もあります。



③入院処遇

図2 指定入院医療機関における医療

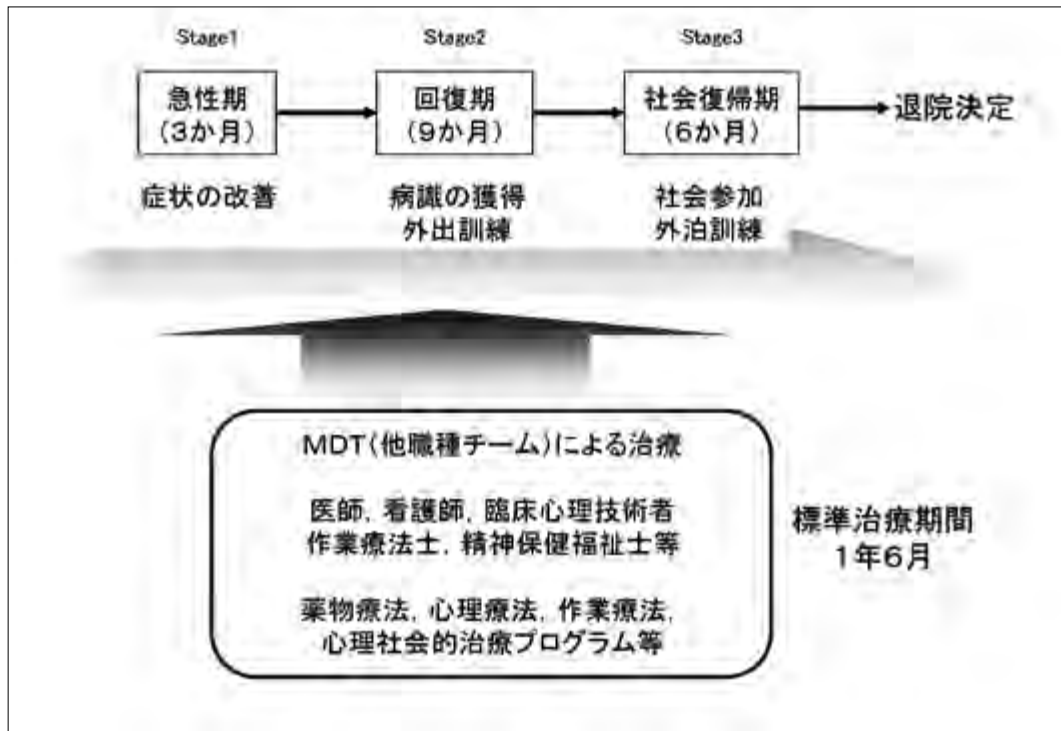


図2では、指定入院医療機関における医療について示しました。

地方裁判所での審判で入院処遇の決定を受けた対象者は、指定入院医療機関に入院し、専門的な手厚い医療を受けます。指定入院医療機関においては、医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士及び精神保健福祉士から構成される多職種チームであるMDTが個々の対象者の治療及び支援を行います。対象者は、医師や看護師による薬物療法等のほか、臨床心理技術者による心理療法、作業療法士によるリハビリテーション、精神保健福祉士による社会復帰の支援を受けます。また、MDTから、疾病の理解や、内省、必要に応じて依存物質使用者へのプログラム等、心理社会的治療プログラムが提供されます。指定入院医療機関では、これらの治療の結果、対象者の疾病理解と内省が進んだ段階で、緊急時の介入方法に関するクライシスプランを作成し、対象者の地域処遇に関与する全ての支援者が共有します。

指定入院医療機関における医療は、急性期(3か月)、回復期(9か月)、社会復帰期(6か月)の3つのステージにわかれており、標準治療期間は1年6か月です。急性期は症状の改善が目標となりますが、回復期になると外出訓練が可能となります。外出訓練は指定入院医療機関の近辺から開始されますが、回復期の後半になると、居住予定地や指定通院医療機関候補への外出訓練等、より社会復帰に向けた訓練が実施されます。社会復帰期になると、外泊訓練が可能となります。社会復帰期では、実際の居住予定地に外泊して指定通院医療機関候補への模擬受診やデイケア、就労支援事業所等への体験参加等、退院後の生活を体験します。

入院処遇中、社会復帰調整官は、地域関係機関と連携して対象者の退院後の居住地の選定や地域における支援体制を構築するなどし、地域社会において継続的な医療が確保でき

るよう、退院後の生活環境を調整します。退院後の生活環境の調整に関する方針は、指定入院医療機関において開催されるCPA会議において、対象者、家族、指定入院医療機関MDT及び地域関係機関と協議します。保護観察所は、地域関係機関と協議して通院医療の内容や援助の内容を処遇実施計画書案にまとめます。

指定入院医療機関における標準的な治療期間は1年6か月ですが、この期間で必ず退院するわけではありません。入院処遇中、地方裁判所において6か月ごとに入院継続のための審判があり、常に対象者への入院処遇の必要性を検討します。最終的には、居住地、指定通院医療機関、日中活動場所、経済的基盤、地域関係者の支援内容、緊急時の介入方法等が確保された段階で、地方裁判所の決定を受けて地域処遇に移行します。そのため、入院期間は標準治療期間より長くなる場合も短くなる場合もあります。

④通院処遇(地域における処遇)

審判において通院処遇の決定を受けた対象者は、指定通院医療機関に通院し、保護観察所による精神保健観察に付されます。通院処遇を受ける対象者は、入院処遇を経て地域処遇に移行することが多いものの、当初の審判において直接通院処遇の決定を受ける場合もあります。

通院処遇の決定を受けた対象者は、診察、デイケア、訪問看護等、指定通院医療機関による医療を受けます。通院処遇期間中に対象者の病状が悪化した場合は、指定通院医療機関等に精神保健福祉法による入院をして対応することもあります。

通院処遇の決定を受けた対象者は、保護観察所による精神保健観察に付されます。社会復帰調整官は対象者との定期的な面接や関係機関から情報を得るなどして通院や生活状況を見守り、必要な指導や助言をするなどして継続的な医療を確保しています。精神保健観察に付される対象者は、一定の住居に居住すること、居住地を届け出ること、転居又は2週間を超える長期旅行に行くときには保護観察所長に届け出ること、保護観察所の長の出頭及び面接に応じることといった義務を負います。また、保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県及び市区町村との連携を確保し、処遇方針の検討をするために地域ケア会議を開催しています。

日常生活の支援については、精神保健福祉センター・保健所等の行政機関の相談援助、障害福祉サービスの利用など、他の精神障害者と同様の支援を受けます。

図3 通院処遇の期間

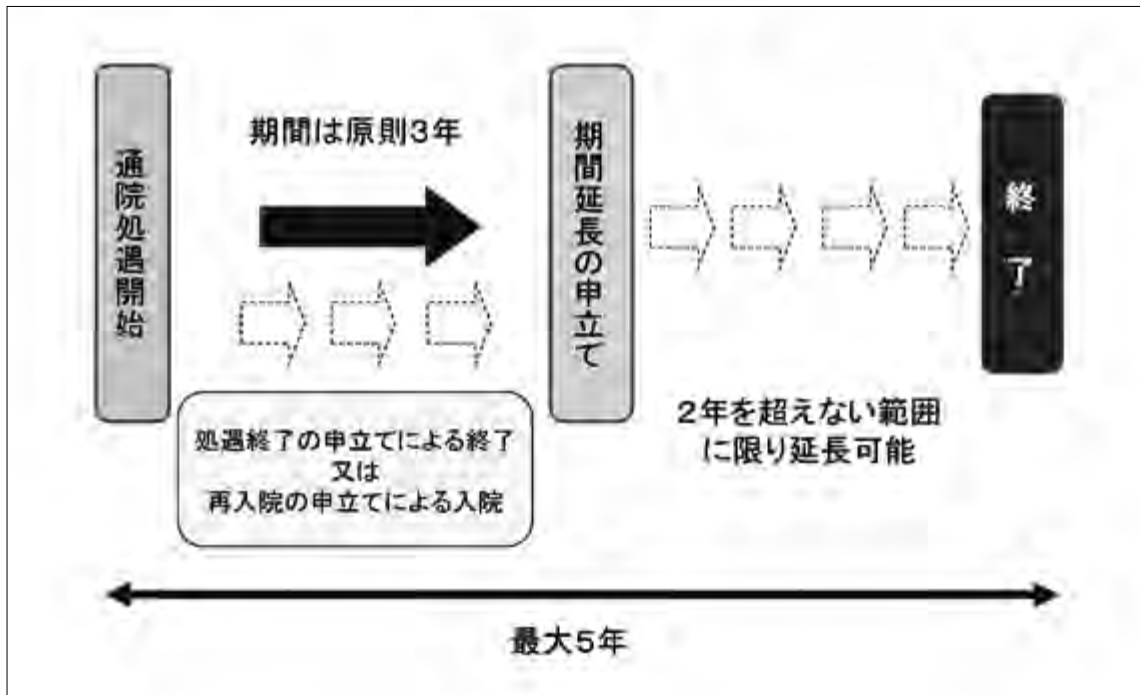


図3では、通院処遇の期間を示しました。

通院処遇の期間は原則3年間です。しかし、医療観察法による医療の必要がないと判断した場合は、保護観察所の長が地方裁判所に申し立てることで、3年未滿で早期に通院処遇が終了する場合があります。逆に、3年を超えても医療観察法による医療が必要であると判断された場合は、保護観察所の長が通院処遇期間の延長を地方裁判所に申し立て、裁判所の決定で2年を超えない範囲での延長がなされる場合があります。また、通院処遇期間中に再他害や病状悪化等の理由で、地方裁判所の決定により医療観察法による再入院になる場合もあります。

医療観察法による通院医療は、前期通院医療（6か月）、中期通院医療（18か月）、後期通院医療（12か月）にわかれています。

例えば、就労を目標にした対象者の場合、一般的には以下のような通院処遇の経過をたどることとなります。

通院処遇開始当初の前期通院医療の期間は、地域生活や通院医療に慣れることが重要な課題です。そのため、指定通院医療機関のデイケアを利用する対象者が多い傾向にあります。中期通院医療になると、就労を目標とする対象者は、デイケアの就労プログラム、就労移行支援事業所、就労継続支援A型・B型事業所などへの移行を検討し、実際にこれらの社会資源を安定して利用することを目標にします。また、通院処遇開始当初グループホームに居住した対象者が、この時期にひとり暮らしに移行することもあります。後期通院医療の期間になると、就労を目指す対象者は、具体的な就労の準備をします。この時期に就労を開始する対象者もいます。後期通院医療の期間は、通院処遇の終了に向けて保護観察所の役割を地域関係機関へ移行していく時期でもあります。

就労を希望する対象者の例を用いて通院処遇中の支援について説明しましたが、個々の対象者で異なります。医療観察法の処遇終了に向けて、その対象者らしい生活を確立していくことが重要です。

⑤医療観察制度における関係機関連携、チームアプローチ

入院処遇、通院処遇の項でも説明した通り、医療観察法による処遇には多くの機関が参加します。前述したように、入院処遇中は多職種で構成されるMD Tが対象者の治療を行います。また、社会復帰調整官は、入院処遇中から、精神保健福祉センター、保健所、市区町村障害者福祉担当課、障害福祉サービス事業者等と連携して対象者の退院後の生活環境を調整します。退院後、指定通院医療機関においても指定入院医療機関と同様のMD Tが対象者の治療を行います。そのため、退院直前のCPA会議では、20名を超える関係者が参加する場合があります。

図4 地域における処遇の実際

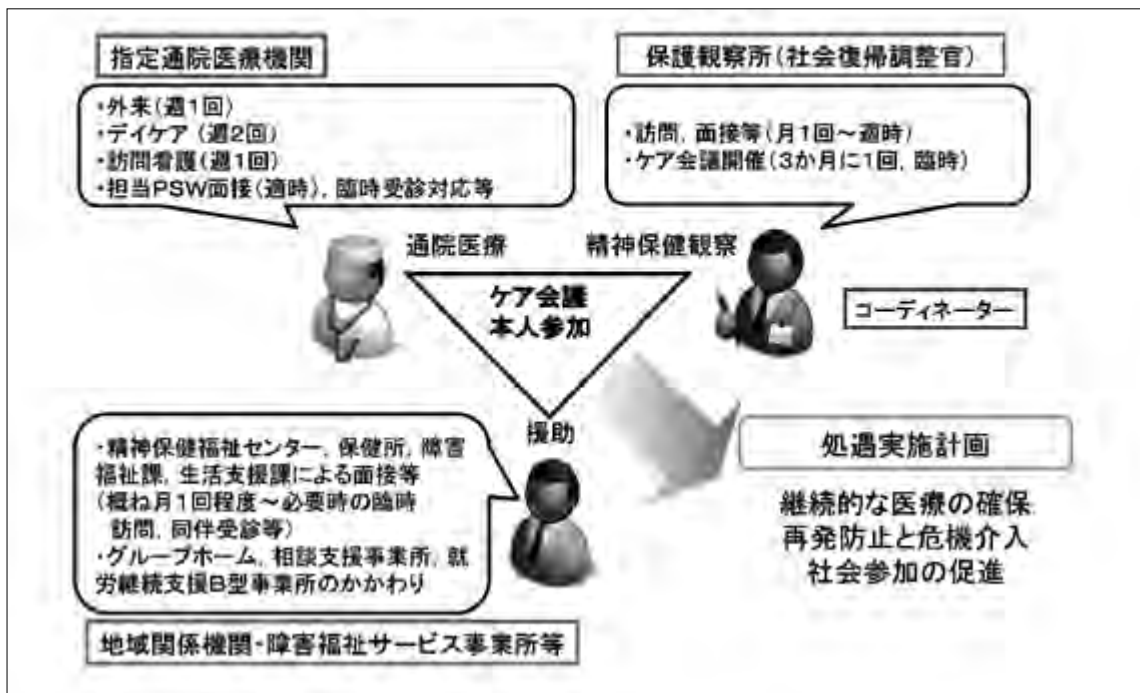


図4では、地域における処遇の実際について示しました。

例えば、ある対象者の場合、指定通院医療機関で診察、デイケア、訪問看護、心理面接及び精神保健福祉士の面接を受けています。その場合、指定通院医療機関のMD Tは、医師、外来看護師、デイケアスタッフ、訪問看護師、臨床心理技術者で構成されます。これらの医療機関のMD Tの他に、行政機関では精神保健福祉センター、保健所、市区町村障害者福祉担当課、生活保護担当課の職員が支援を担当しています。また、この対象者はグループホームに居住しているため、グループホームの職員及び計画相談を担当する相談支援専門員も本人の支援を担当しています。さらに、この対象者は就労を目標としており、現在デイケアから就労継続支援B型事業所へ移行しようと考えているため、就労支援B型事業所の職員も本人の支援に参加しています。そのため、この対象者の場合、社会復帰調整官も含めると総勢9機関、13名が本人の処遇に参加しています。

社会復帰調整官は、精神保健観察を実施するとともに、これらの機関をコーディネートします。医療及び援助の方針は、3か月に1回程度の頻度で保護観察所が主催するケア会議において確認します。ケア会議には本人の処遇に参加する全ての関係者が参加します。

ケア会議では、指定通院医療機関、地域関係機関及び保護観察所で対象者の情報を共有するとともに、対象者や家族も参加して、医療及び支援の方針を協議します。参加者は、対象者の状況によっても変化します。例えば、就労を目指す対象者の場合、当初はデイケアに通所しているのでデイケアスタッフが会議に参加しますが、就労継続支援B型事業所に移行した後は、デイケアスタッフに代わり同事業所のスタッフが参加するようになります。

このように、多くの機関が連携して対象者の処遇を実施することが、医療観察制度の大きな特徴です。重要なことは、通院処遇終了後にこれらの支援体制が継続することです。そのため、常に通院処遇終了後の支援体制を意識した処遇を実施していくことが重要です。

⑥ 処遇終了後の支援

医療観察法の通院処遇が終了すると、保護観察所による関与がなくなります。医療観察法に基づく通院医療も終了します。対象者に医療が不要になるわけではないので、多くの対象者は、慣れ親しんだ指定通院医療機関に精神保健福祉法による通院を継続します。指定通院医療機関が遠方であるため、医療観察法の処遇終了後は居住地の近隣の機関に医療機関を変更したいと希望する対象者もいます。その場合は、通院処遇期間中から保健所等の地域関係機関を中心に通院処遇中の医療が適切に引き継げるよう、対象者の情報を提供する等必要な調整を実施します。

また、地域関係機関による支援に関しても、処遇終了後も継続します。通院処遇期間は原則3年間という期間が定められていますが、地域関係機関による支援は、対象者が必要とする限り継続します。処遇終了後は、地域関係機関が対象者の支援の中心となるため、より重要な役割を担うこととなります。

図5 医療観察法と一般の精神医療及び精神保健福祉との関係

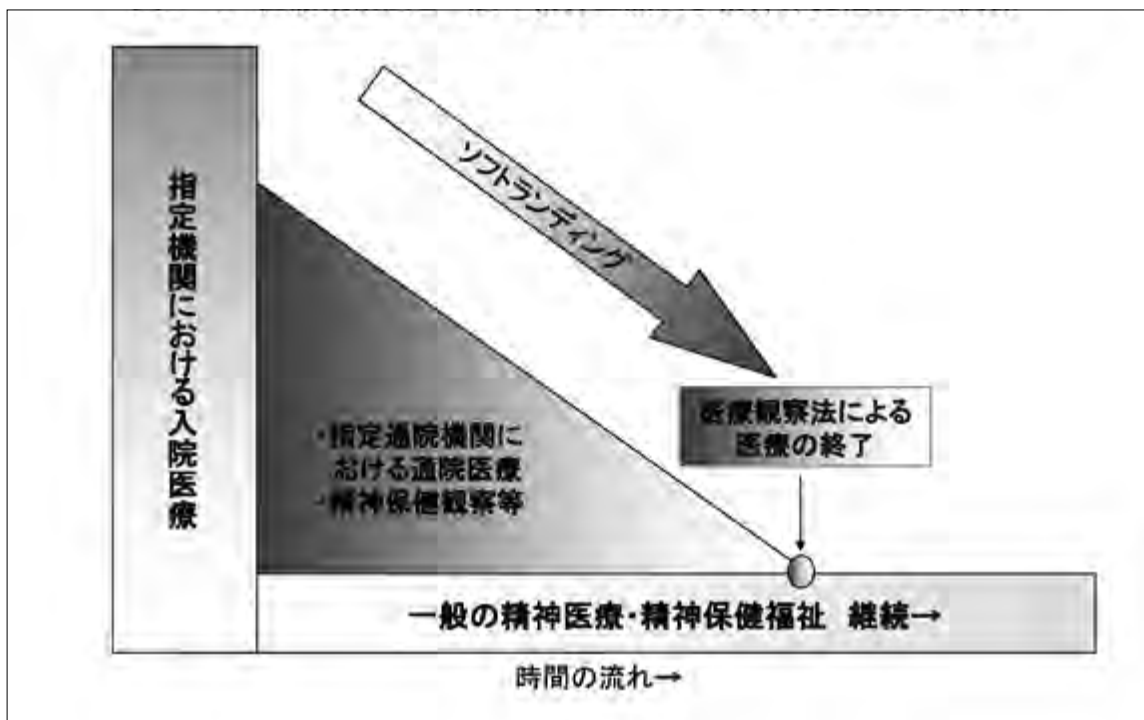


図5では、医療観察法と一般の精神医療及び精神保健福祉との関係について示しました。医療観察法による通院処遇終了後は、社会復帰調整官が介在せず、対象者が自ら必要な医療や支援を受け、その対象者らしい生活を確立していくことが重要です。そのため、通院処遇期間中から医療観察法の処遇終了後の体制について、対象者及び地域関係機関と十分に協議して目標を立て、通院処遇が終了しても対象者に適切な支援が提供されることが必要です。

通院処遇終了後の支援を考える上で、重要なのが対象者の目標と通院処遇終了日との関係です。多くの対象者にとって通院処遇の終了自体が大きな生活環境の変化です。例えば入院処遇から通院処遇に移行した対象者の場合、5年間医療観察法による処遇の枠組みの中で生活しています。処遇を中心とする生活であると言い換えても過言ではありません。そのような対象者にとって、医療観察法の処遇終了に加えて生活環境の変化が起きることは、大きなストレスであり、病状悪化を招くリスクを高める可能性もあります。そのため、例えば、①通院医療後期の期間に就労を開始して、対象者の状態を見守りながら医療観察法による通院処遇の終了日を迎える、②医療観察法の処遇終了後ある程度期間が経過し、生活が落ち着いてから就労を開始する等、支援計画を工夫していくことも重要です。

また、医療観察法による通院処遇期間中は、社会復帰調整官が通院医療や地域関係機関による支援をコーディネートしていますが、通院処遇終了後は、社会復帰調整官が対象者に関わることはできません。そのため、処遇期間中に次のコーディネーターを決め、徐々に役割を交代していく必要があります。例えば、近年、障害福祉サービスの中で、相談支援事業所の役割が重要となっていますが、相談支援事業所が医療観察法による通院処遇終了後のコーディネーターとなり、保健所等の行政機関が相談支援事業所を支援していくという例もあります。

医療観察法が施行されてから10年以上が経過し、多くの対象者が医療観察法による通院処遇を終了しています。一方で、通院処遇から地域関係機関を中心として一般の精神保健福祉士による支援への移行は、多くの課題があるのが現状です。特に、障害者福祉分野のマンパワーの不足は深刻です。対象者にとって、通院処遇終了後の生活は一生続くものです。通院処遇終了後も対象者にとって必要な支援が継続するためには、精神保健福祉分野全体のレベルアップが必要であると考えられます。

2) 医療観察制度の現状

①生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察の動向

生活環境調査は、医療観察法第33条1項の申立てに係る処遇事件（法第49条、50条、54条、55条、59条の申立てを含む。）のうち、裁判所が保護観察所に対して調査の依頼をした事件について行われる。事件数は、制度施行後から300～450件の範囲内で増減を繰り返しているが、直近3年間は増加傾向にあります。

生活環境調整は、裁判所の入院決定によって、指定入院医療機関に入院中の対象者に対して行われます。各年末係属事件数は、制度施行後から増加傾向にあったが、平成25(2013)年以降は横ばいとなっています。

精神保健観察は、当初審判において通院決定となった対象者及び生活環境調整を経て指定入院医療機関から退院した対象者に対して行われます。各年末係属事件数は、制度施行後から一貫して増加していたが、平成29(2017)年に初めて減少しました（ただし、平成29(2017)年は速報値）。

図6 生活環境調査事件の開始件数の推移

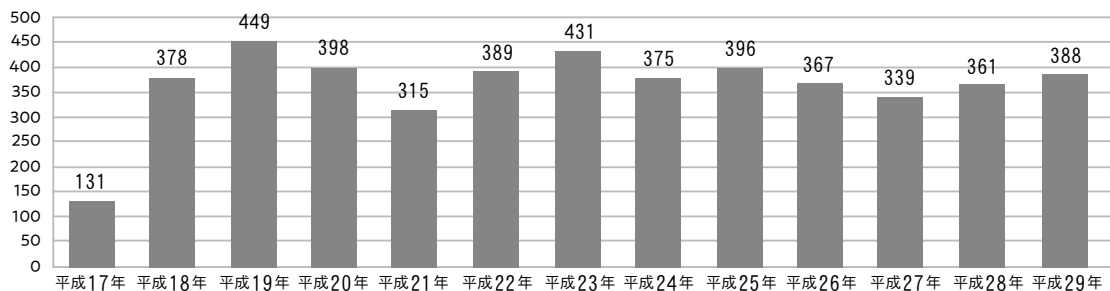


図7 生活環境調整事件の係属件数の推移(各年末現在)

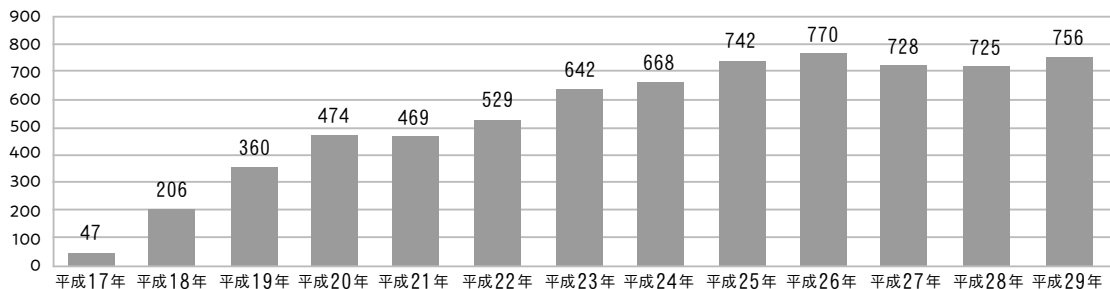
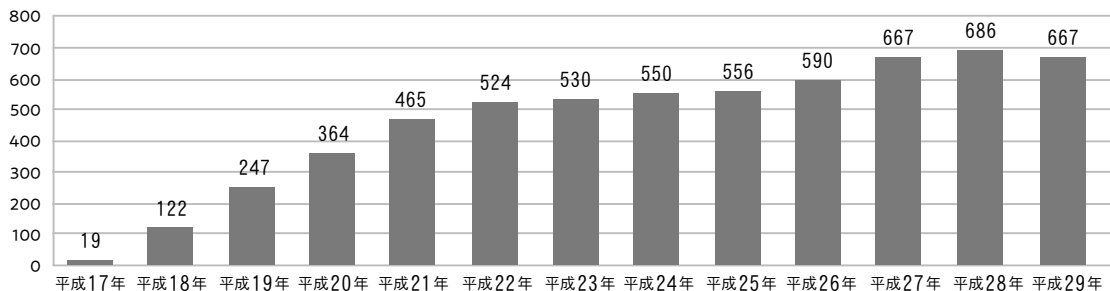


図8 精神保健観察事件の係属件数の推移(各年末現在)



※平成17(2005)年は、法施行日である7月15日から12月31日までの間の数値である。

※平成29(2017)年については速報値である。

※単位：件

②指定通院医療機関の現状

医療観察法に基づく指定通院医療機関（以下、「指定通院医療機関」という。）とは、厚生労働大臣から指定された専門の医療機関であり、指定入院医療機関から退院した対象者、あるいは当初審判において通院決定を受けた対象者に必要な通院医療を提供します。

医療観察法に基づく通院医療の目標や理念は、「通院処遇ガイドライン」に次の3点があげられており、一つ目は、「ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院対象者の社会復帰の早期実現」、二つ目は、「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療の提供」、三つ目は、「プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療の提供」です。

まず、一つ目の「ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院対象者の社会復帰の早期実現」は、医療観察法の第1条に謳われていることであり、医療観察法の究極の目標と言えます。ノーマライゼーションの観点を踏まえることで、地域社会で分け隔てなく生活できるような支援するという理想を掲げたものです。また他害行為について、内省・洞察を獲得し被害者への共感性を養うことで、再び同様の行為に至らないよう導くこともこの項の目的となっています。この他害行為の再発予防に関する司法心理療法は医療観察法医療の重要な部分ですが、通院医療のどの場面で実施していくかについては、それぞれの指定通院医療機関で現実に合わせ、対応することとなっています。

二つ目の「標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療の提供」は、臨床の様々な現場で必要性が指摘されていますが、複雑困難な課題を抱え、様々な視点からアプローチが必要となる医療観察法対象者においては、なおその重要性が増すこととなります。また臨床データを蓄積することにより、できるだけ標準化された質の高い医療を提供することも要請されます。

三つ目の「プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療の提供」は、特定の対象者に対する医療ですので、人権侵害にならないよう実施している医療について常に注意深く点検することが大切になります。そのためには第三者に対しても情報を公開し、透明性の高い医療を心がけなければなりません。また、対象者の個人情報漏えいすることのないよう厳重に注意する必要があります。

指定通院医療機関は、以上の目標や理念を踏まえ、通院処遇対象者に対して適切な医療を提供しています。

指定通院医療機関の指定について厚生労働省は、地域バランスを考慮して設置主体にかかわらず、各都道府県に最低2か所、人口100万人当たり2～3か所程度という考えのもと、全国で382か所を整備目標にしていますが、平成29（2017）年10月現在、595か所の医療機関が指定されており、整備数としては、当初の目標数に達しているところです。

しかしながら、指定通院医療機関の確保については、通院対象者の住み慣れた地域から容易にアクセスできる範囲に確保する必要があることや、大都市部において不足していることが指摘されているところであり、対象者の円滑な社会復帰を促進する上で、極めて重要な課題となっています。

指定通院医療機関の拡充に向けては、法務省と連携して取組を続けているところですが、平成28（2016）年度から、指定通院医療機関の確保に向けた課題の解決や関係機関相互の更なる連携強化等を目的とした指定医療機関地域連携体制強化に関する意見交換

会をブロック別を実施しており、より地域実情に応じた具体的な取り組みをおこなっています。

第 3 部

調査結果

1. 平成29年度 心神喪失者等医療観察法対象者の障害福祉サービス（日中活動系）の活用に係る実態調査結果

1) 実態調査の概要

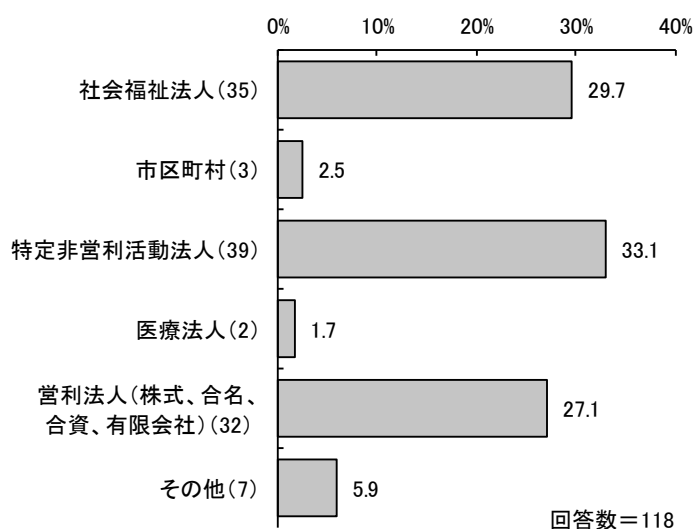
調査目的	東京都内において主たる対象者を精神障害者としている障害福祉サービス事業所（多機能型を含む自立訓練〔生活訓練〕、就労継続支援〔A型、B型〕、就労移行支援の事業所、812か所）を対象に、Webフォームを活用したアンケート調査を実施し、法対象者の受け入れ状況の実態を把握するとともに、受け入れを行っていない場合の理由、今後受け入れるために必要な障害福祉サービス報酬額及び支援体制等を把握し、受け入れが困難な場合の障害福祉サービス等事業者の課題を抽出する。
調査方法	調査対象事業所にメールで依頼し、Webフォームによる調査を依頼 回答は、回答フォームで返信
実施期間	平成29（2017）年11月13日～12月5日
対象数・ 回答数・ 回答率	対象者数：812 回答者数：118 回答率：14.5%

2) 事業所の基本情報

①事業所の開設主体

問1 貴事業所の開設主体

図表1 事業所の開設主体



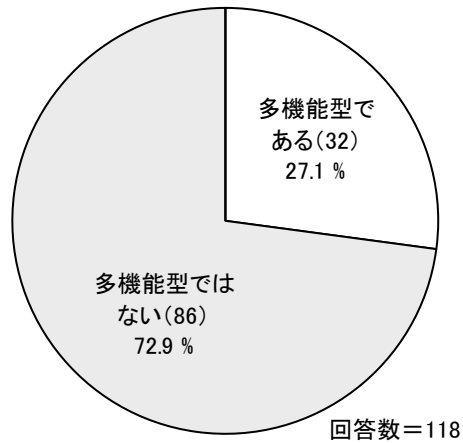
【開設主体：その他】

・一般財団法人（5件）、一般社団法人（非営利型）、社団法人。

②事業所の機能

問2-① 貴事業所の開設主体

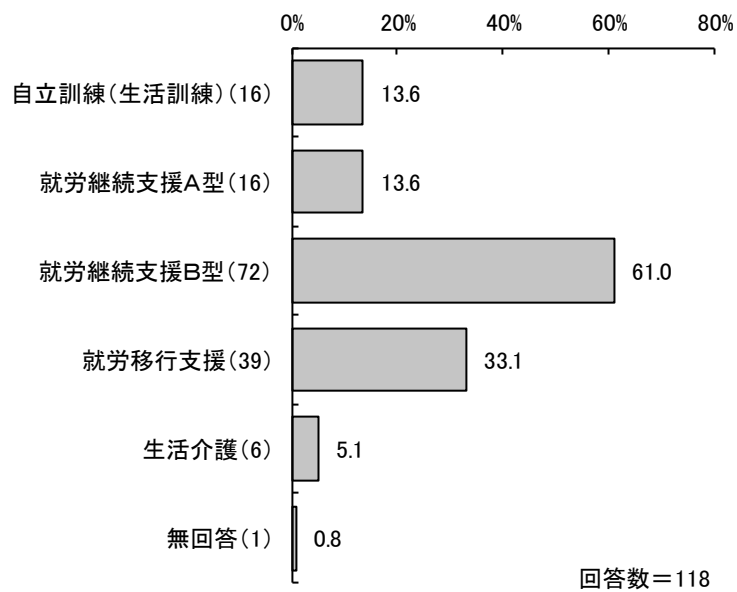
図表2 事業所の機能



③事業所の種別

問2-② 貴事業所の種別 (多機能型の場合は該当する事業すべてにチェックを入れてください)

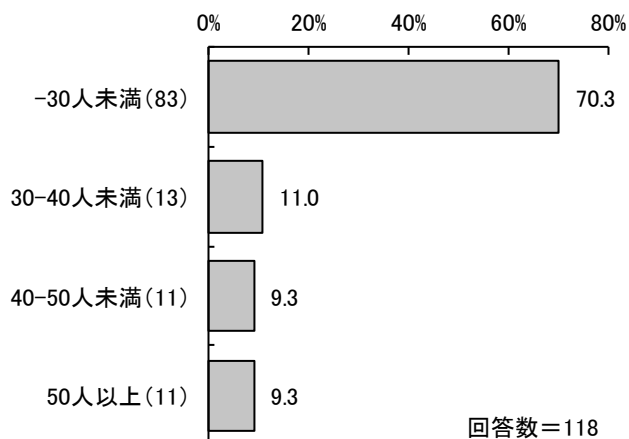
図表3 事業所の種別



④事業所の定員

問3-① 貴事業所の定員(多機能型の場合は合計数)

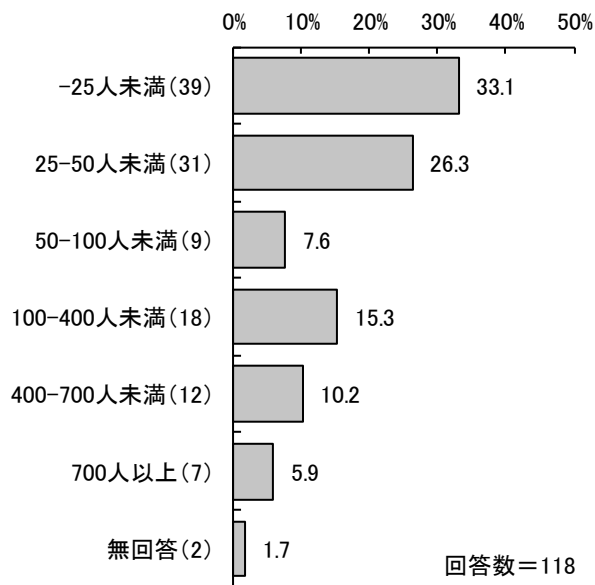
図表4 事業所の定員



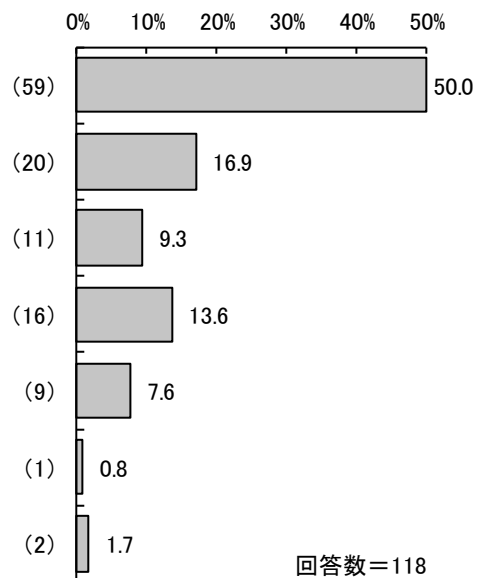
⑤1か月間の実利用者数(平成29(2017)年9月現在)

問3-② 貴事業所における平成29(2017)年9月1か月間の実利用者数

図表5 1か月間の実利用者数



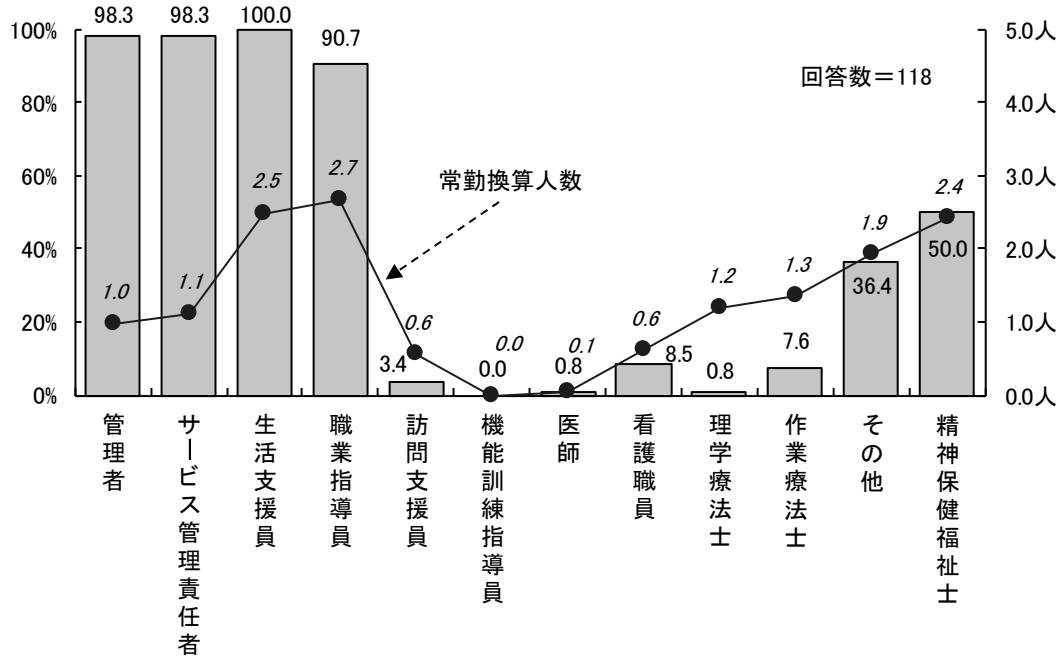
図表6 うち精神障害者



⑥職員の配置状況(常勤換算人数)

問4 職員の配置状況
 ※職員に精神保健福祉士がいる場合は、⑫に再掲でご記入ください。

図表7 職員の配置状況

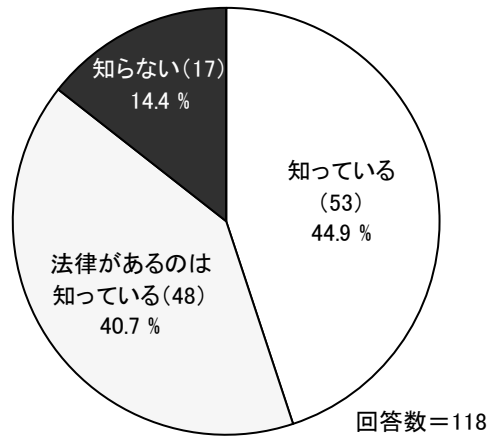


3) 医療観察法対象者の受け入れ状況

① 医療観察法の認知度

問1 あなたは医療観察法を知っていますか。

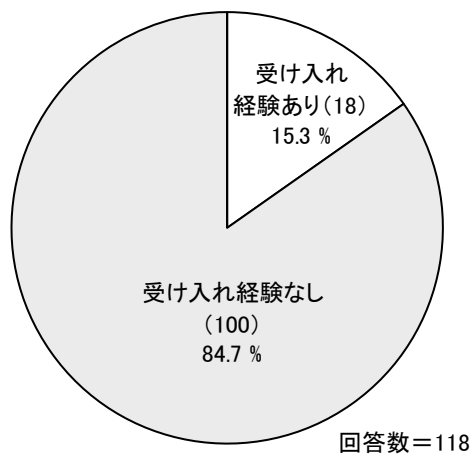
図表 8 医療観察法の認知度



② 法対象者受け入れの有無

問2 これまでに貴事業所で医療観察法の対象者（以下、「法対象者」）を受け入れた経験はありますか。

図表 9 法対象者受け入れの有無



これ以降、これまでに法対象者の「受け入れ経験あり」と回答した18事業所

③受け入れた法対象者数と転帰

問3 これまでに受け入れた法対象者数(延べ数)とその方の転帰を教えてください。同じ人が再利用した場合は、ダブルカウントして、それぞれの転帰をカウントしてください。

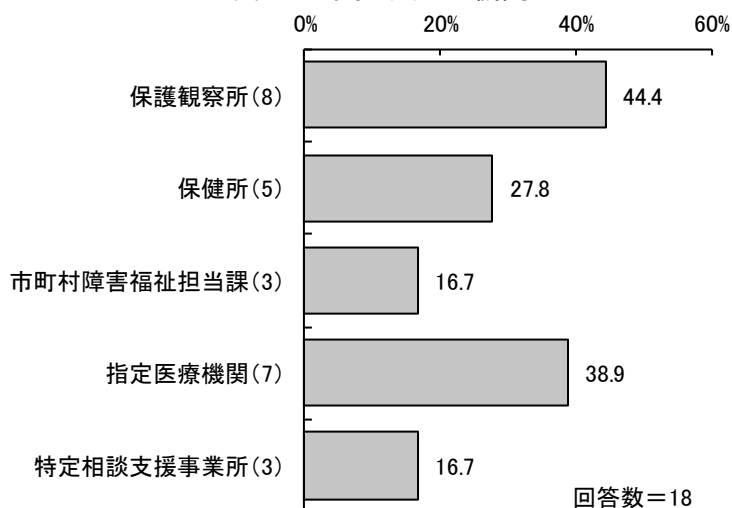
図表 10 受け入れた法対象者数と転帰

	合計人数	平均人数
これまでに受け入れた法対象者数(延べ数)	23人	1.28人
うち、利用継続	10人	0.67人
うち、利用中止	8人	0.57人
うち、他のサービス等に移行	7人	0.54人
うち、利用中の医療観察法による処遇の終了	8人	0.57人

④受け入れた機関

問4 受け入れの依頼を行った機関を教えてください(複数回答可)。

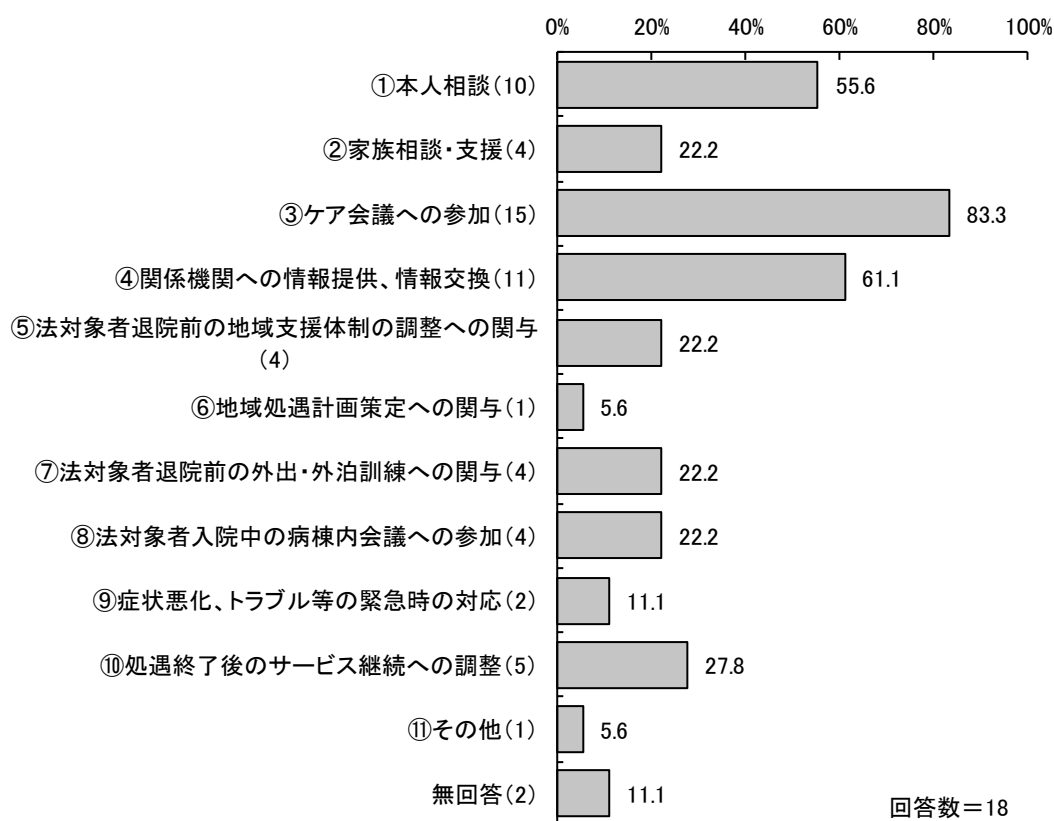
図表 11 受け入れた機関



⑤実施した業務内容と頻度または回数、1回の所要時間

- 問5 受け入れた法対象者に対してのみに特別に実施した業務内容にチェックを入れて、その頻度または回数と1回の所要時間を教えてください。
- ※ 頻度または回数：頻度は週1回、月1回、3か月に1回などと記入してください。
1回の所要時間：0.5時間単位で記入してください（移動に要した時間も含めてください）。

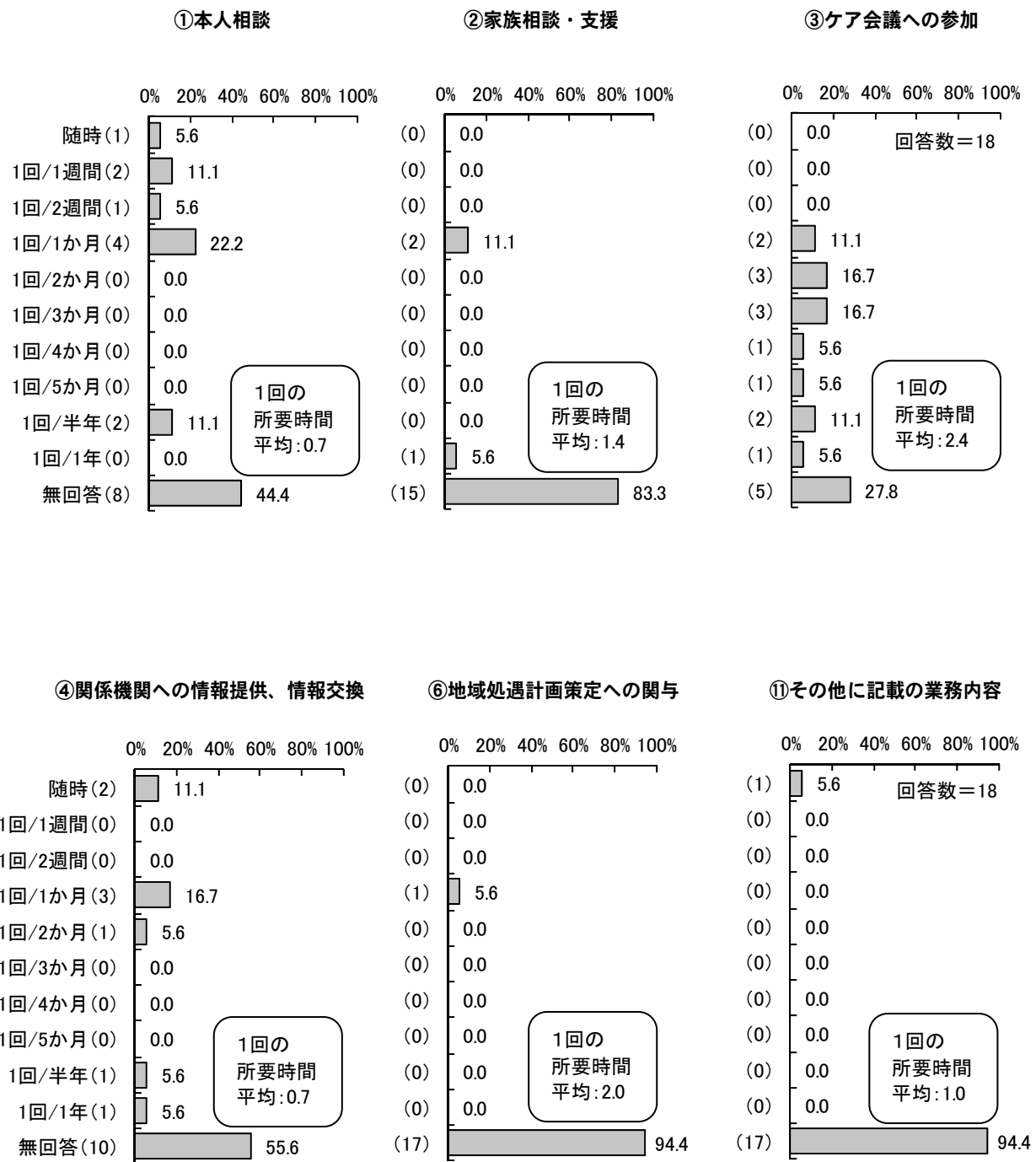
図表 12 実施した業務内容



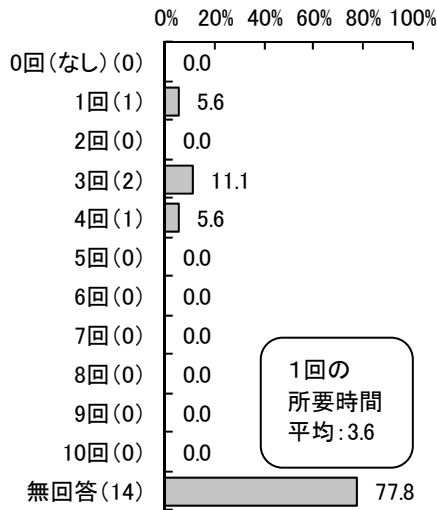
【実施した業務内容：その他】

- ・施設内スタッフへの医療観察法や法対象者に関する説明・教育など。

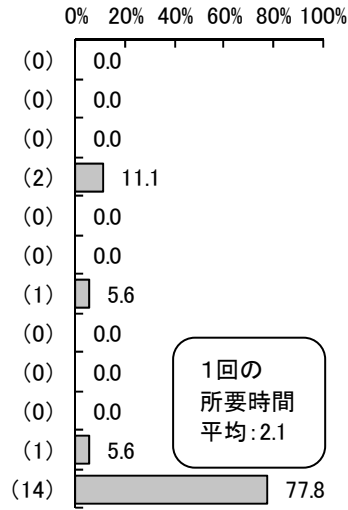
図表 13 頻度と1回の所要時間



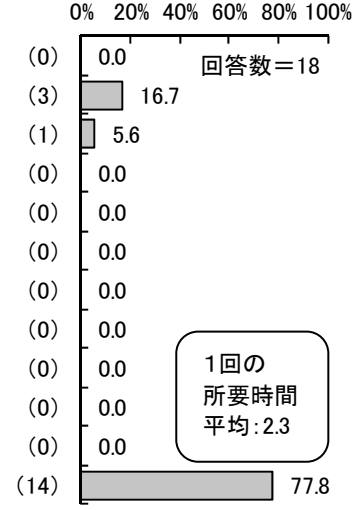
⑤法対象者退院前の地域支援体制の調整への関与



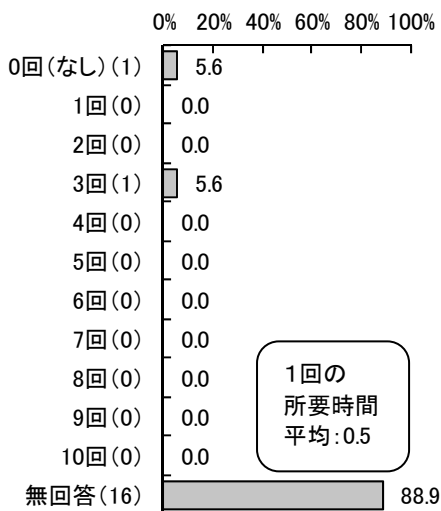
⑦法対象者退院前の外出・外泊訓練の関与



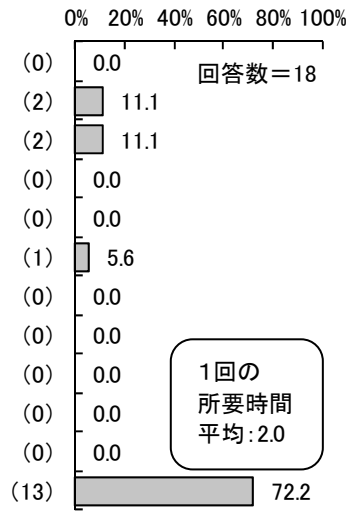
⑧法対象者入院中の病棟内会議への参加の回数



⑨症状悪化、トラブル等の緊急時の対応



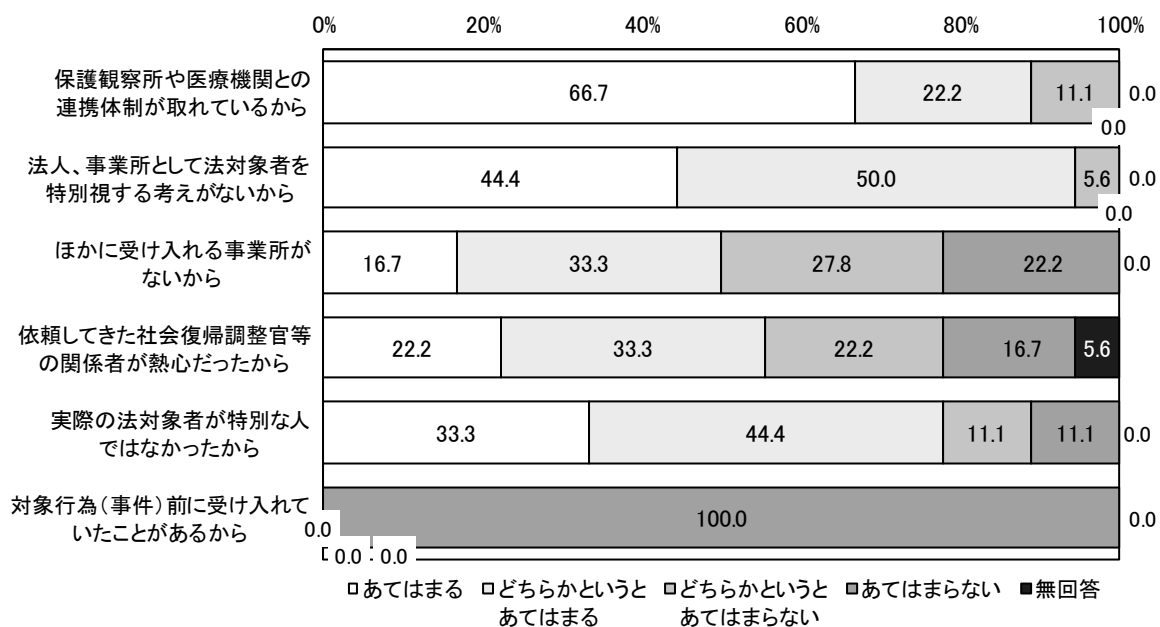
⑩処遇終了後のサービス継続への調整



⑥受け入れ経験がある理由

問6-① 受け入れ経験がある理由として、該当する項目にチェックを入れてください。

図表14 受け入れ経験がある理由



【受け入れ経験がある理由：その他】

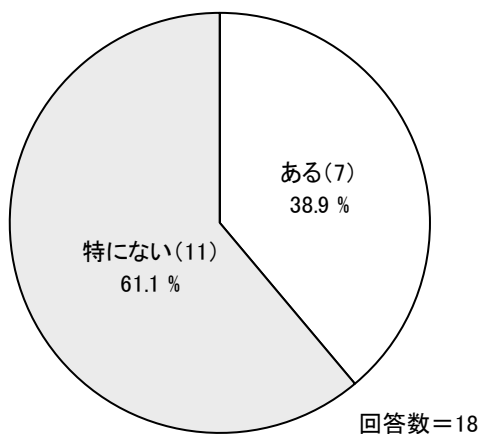
- ・社会復帰調整官が熱心であり、かつ、本人の気持ちも伝わったため。
- ・受け入れ前の見学・体験の結果、受け入れることに問題が無いと判断したから。
- ・本人の回復希望があったから。

⑦法対象者受け入れの課題

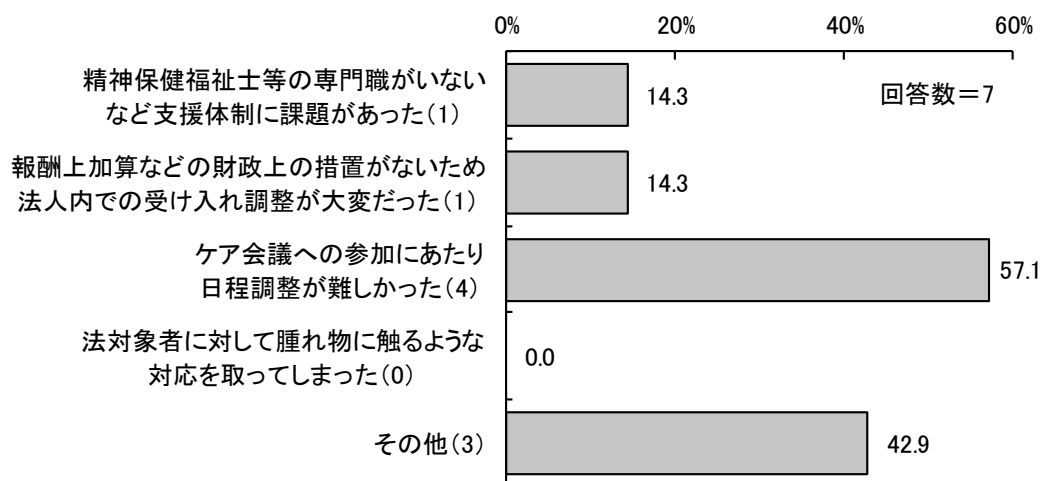
問6-② 法対象者を受け入れた中で課題となったことはありますか。

問7 問6で「ある」と答えた方は、該当する項目にチェックを入れてください(複数回答可)。

図表15 法対象者受け入れの課題



図表16 課題の内容



【課題の内容：その他】

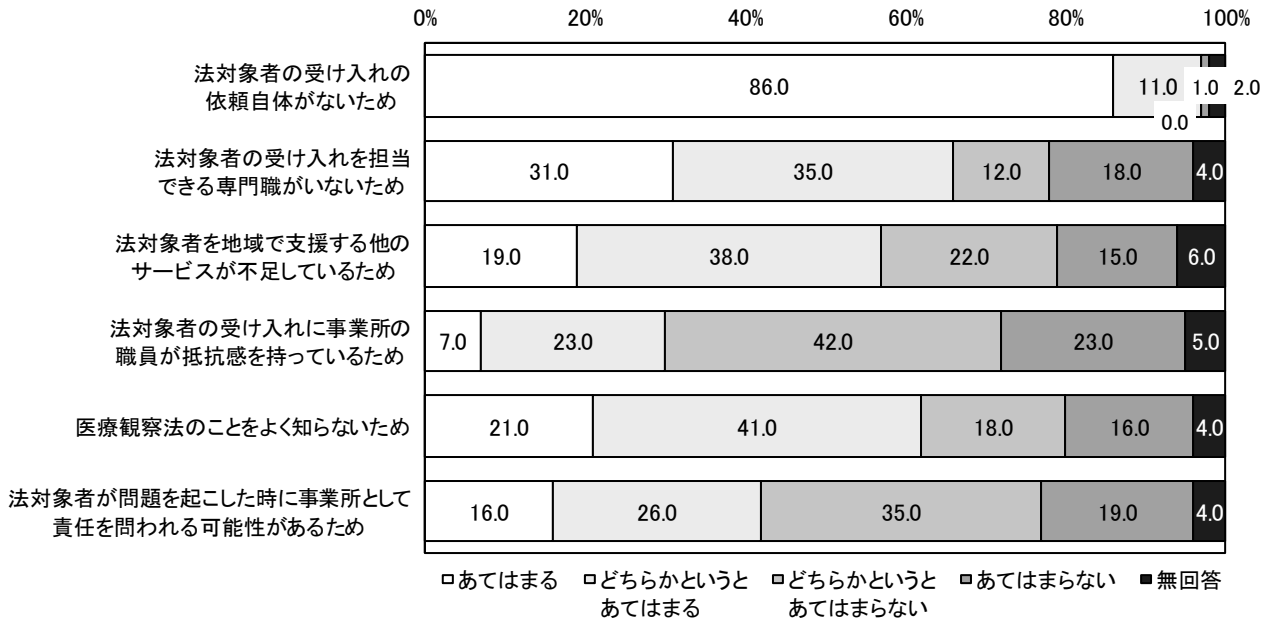
- ・法対象者の情報をスタッフ間で共有する際の、スタッフ側の心の準備やケアなど。
- ・職員の知識不足により判断の困難な時があった。
- ・日中活動の場が退院の条件となっていたため、ご本人の義務的要素が強く、前向きな目標設定をするに至らなかった。

問8は、これまでに法対象者の「受け入れ経験なし」と回答した100事業所

⑧受け入れ経験がない理由

問8 法対象者の受け入れ経験がない理由として、該当する項目にチェックを入れてください。

図表17 受け入れ経験がない理由



回答数=100

【受け入れ経験がない理由：その他】

▼法対象者を受け入れる機会がなかった（6件）

開設主体	種別	定員	内容
社会福祉法人	就労継続支援B型	20	開設後間もない為、まだその機会が無い。
社会福祉法人	就労継続支援B型	20	これまで紹介を受けたことがないので、対応を考えたことがありませんでした。
社会福祉法人	就労移行支援	20	今まで受け入れ依頼はないが、今後は依頼があった場合に備えて、受け入れ体制を整えていく必要を感じる。
営利法人	就労移行支援	20	法対象者との接点（紹介や見学などもないため）がないために、判断が難しい状態。
特定非営利活動法人	就労継続支援B型 生活介護	36	ご利用希望の方にそのような方がいなかったため、現実には受け入れの検討をしたことがありません。 その方の状況や支援状況によるかと思いますが、全く受け入れができないということではないと思いますが、抵抗感はあるかもしれません。
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	20	地域からの相談はいくつかあったが、事業規模的に、専門機関からの紹介がなく、具体的にはつながらなかった。

▼事業所の状況や考え方のため（4件）

開設主体	種別	定員	内容
営利法人	就労継続支援A型	20	必要な知識の不足。
社会福祉法人	就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労移行支援	80	他の利用者に影響しないか心配。
医療法人	自立訓練（生活訓練）	20	当施設は自立訓練事業を行っており、2年の訓練期間終了後の生活拠点（GH、日中活動等）の見通しが見つからない場合の受け入れは法対象者に限らず受け入れておりません。
社会福祉法人	就労継続支援B型	20	支援チームの力量が問われると思っています。 ご本人だけでなく、受け入れる施設も再度法を犯すことがないようにという思いで支援しますが、チームが施設を支えてくれる体制、姿勢が大きいと思います。

▼施行前の法対象者や不明なまま受け入れた経験がある（3件）

開設主体	種別	定員	内容
社団法人	就労継続支援B型	20	医療観察法施行前に起こした触法行為を経た方は在籍している。 法人内他サービス事業所では医療観察法対象者を現在支援している。
営利法人	就労移行支援	20	過去の触法事案を含め、個人情報保護法の関係で、オープンにならないまま利用となる場合があります。 （インテークやアセスメントの段階では不明なまま） 一旦、法の枠外になった後、地域生活を送る上で必要な支援が連携し辛い状況があります。 ⇒的外れな支援・・・。
市区町村	就労継続支援B型 就労移行支援	27	区立のため区民が対象になり、あまり相談はない。窃盗等の触法の方を受け入れたことはある。

▼その他（1件）

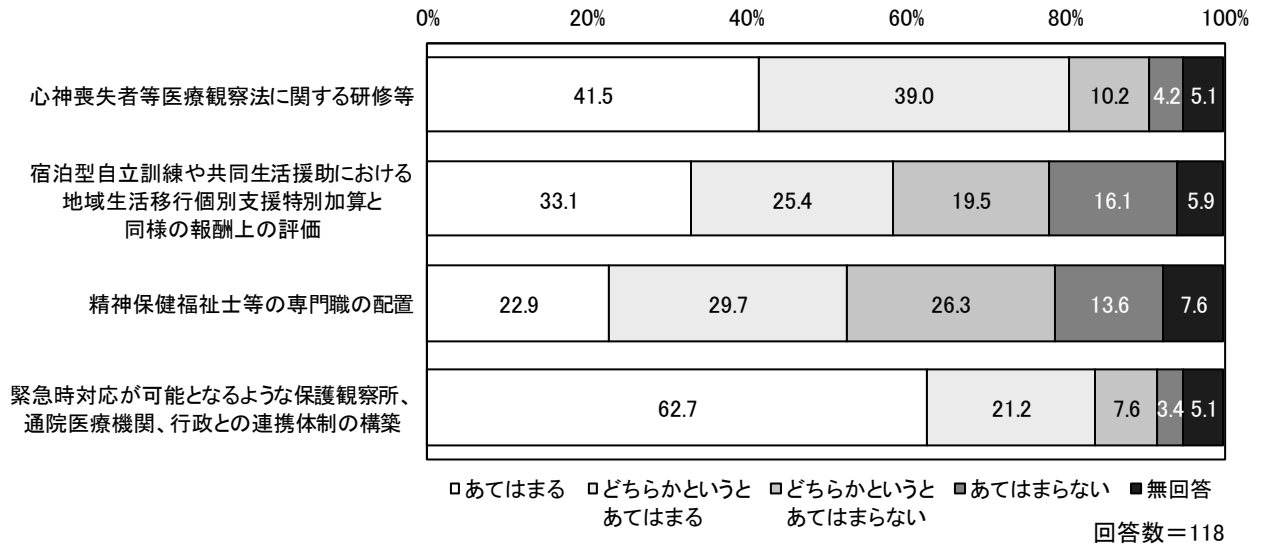
開設主体	種別	定員	内容
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	20	3についてはわかりません。

ここからは、回答のあったすべての118事業所

⑨受け入れの条件

問9 今後、どのような条件があれば貴事業所において法対象者を受け入れることができますか。

図表18 受け入れの条件



【受け入れの条件：その他】

▼関係機関・地域との連携強化（6件）

開設主体	種別	定員	内容
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	20	周囲の関係者の熱意と情報共有できる体制が整っており、かつ本人の意志が明確であれば問題ないと考えます。
社会福祉法人	自立訓練（生活訓練） 生活介護	35	地域移行のための、地域内ネットワーク（協議会等）の構築。受け入れに際する職員研修。（先進事例、先行研究等）
営利法人	就労継続支援A型	20	ご本人の更生の度合い、行政をはじめとした地域の福祉サービス及びご家族との緊密な連携が必要不可欠と思います。
一般社団法人	就労継続支援B型	20	利用者の急変、問題行動（可能性も含む）があった際は、関係機関が即時受け入れする等の対応がない限り難しい。
特定非営利活動法人	就労継続支援B型 生活介護	36	トータルケアが必要になるので、その中に組み込まれれば、施設としてできるだけ対応をしたいと考えます。 それが、ニーズに添えられるかだと思います。
社会福祉法人	就労継続支援B型	20	残念ながら、精神保健福祉士の資格だけでその方の支援の質を図ることはできません。 有資格者よりも無資格者の支援のほうが質が高い場合もあります。そのことよりも、うえの質問4番のチームの連携体制の構築が重要だと考えます。

▼具体的な受け入れ準備をしていない(3件)

開設主体	種別	定員	内容
社団法人	就労継続支援B型	20	依頼があれば考えるが、取り立てて上記以外に準備が必要とは考えていない。
社会福祉法人	就労継続支援A型 就労継続支援B型	40	具体的に検討をしていないため、回答できません。
社会福祉法人	就労継続支援B型	40	まだ、受け入れ環境、職員への周知が全くできていない。

▼受け入れられない(3件)

開設主体	種別	定員	内容
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	20	小さな事業所で有資格者もいないので、受け入れは難しい。
営利法人	就労移行支援	20	法の期間を終わっても、自律した地域生活ができない状況の方は、施設処遇か任意入院を継続すべきです。 地域が疲弊します。
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	20	根本的に障害をもっていたとしても罪は罪だと考えています。 罪が問えない→社会復帰→再度大きな過ちを繰り返した場合、誰も責任をとれません。

▼職員に十分な知識が必要(2件)

開設主体	種別	定員	内容
社会福祉法人	就労継続支援B型	20	福祉従事者に十分な研修機会を設けた上で、知識と理解が確認されてから受け入れについては検討したい。
社会福祉法人	就労移行支援	20	精神保健福祉士の職員はいるが、職員自身も法対象者の支援の経験がない者が多いため、職員研修は必須である。

▼現在の利用者との関係(2件)

開設主体	種別	定員	内容
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	35	現在通所されている利用者との関係性も考慮して今後考えていかなければならないと考えております。
社会福祉法人	就労継続支援B型 就労移行支援	60	職員の専門知識が必要になる。また、現在、利用されている方の生活の保障や気持ち、安全面などを考慮していく必要があるため、当事業所だけで受け入れを考えていくのではなく、法人全体として受け入れを行なうか審議が必要である。

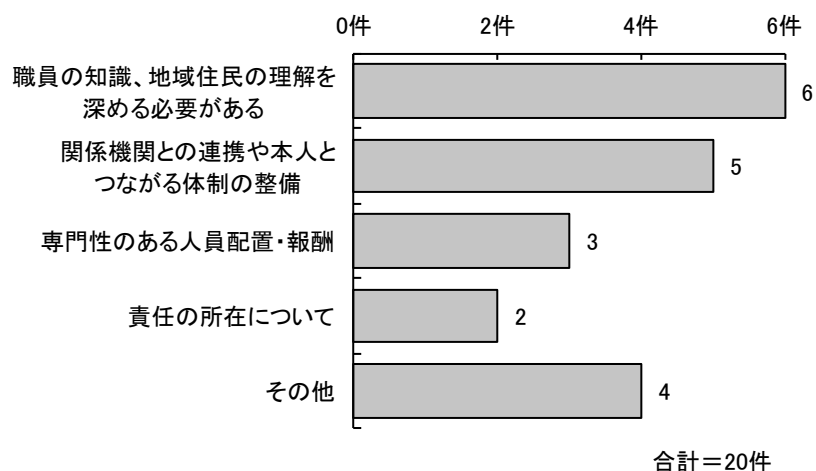
▼本人の状態（2件）

開設主体	種別	定員	内容
社会福祉法人	就労継続支援B型	20	<p>対応してみないとわからない。 逮捕されるような罪ではなくても、ぎりぎりの利用者も対応しています。受け入れるかどうかは、まずは本人に会って当事業所で対応できるか検討した上での受け入れになると思います。 触法とかはあまり気にしていません。</p>
社会福祉法人	就労継続支援A型 就労継続支援B型 就労移行支援	80	<p>対象者の生活（衣食住）が落ち着いており、日中活動の場として就労支援（作業）の提供ということであれば受け入れ可能と思われるが、対象者の得意とするものや好み、やる気も重要と思われる。</p>

4) 医療観察法対象者の地域処遇に関する自由記載

問 10 医療観察法対象者の地域処遇に関してご意見があれば自由にご記入ください。

図表 19 医療観察法対象者の地域処遇に関する自由記載



※以下、原則として記載の通りに掲載している。

▼職員の知識、地域住民の理解を深める必要がある(6件)

開設主体	種別	定員	内容
特定非営利活動法人	自立訓練(生活訓練) 就労継続支援B型	20	医療観察法対象者の受け入れ事例に関する研修があれば、参加したい。
市区町村	就労継続支援B型 就労移行支援	27	医療観察法について詳しく知りたいので、研修等があれば参加してみたい。
営利法人	就労継続支援A型	20	全体的に職員の周知、地域の理解がどのくらい高まっているのか？ 事業所退所後の地域生活についての可否等、もっと深く議論、精査して可能となったときに受け入れられれば、と思います。
社会福祉法人	就労移行支援	20	地域で更生支援が行えるようになることは良いことであると思う。 しかし、実際は、法対象者に対して、福祉職員も経験や理解が少なく、地域住民も「怖い」などのイメージを持っている場合が多いと思われる。 今後は、就労移行支援などの事業所にも、普通に対象者が利用できる社会になることを望む。
特定非営利活動法人	就労継続支援B型 就労移行支援	60	受け入れを行う現場のスタッフが安心できるような情報があると良いと思います。(例えば、服薬管理されているか、クライシスプランはあるか、社会復帰期に至る経緯や病状など) また、医療観察法対象者受け入れにあたっての勉強会や研修、外部講師にお越しいただくなどのサービスが利用できると、施設としても安心感が増すと思います。

開設主体	種別	定員	内容
社会福祉法人	自立訓練(生活訓練)生活介護	35	<p>医療観察対象者の地域移行に際しての社会資源は、地域(圏域)格差が大きい。</p> <p>また、対象者の支援には、医療・裁判所等の機関との連携が不可欠であるため、高度な専門性が求められるという先入観が働き、職員のスキルが追い付いていないのではないかと印象も強い。そして、まだまだ身近なケースとしての意識も薄いのではないかと。</p> <p>総じて、受け入れる側(人、資源)の整備が進んでいないという課題が大きい。再犯・累犯を防ぐためには、地域に帰属し、自己肯定感が醸成できる環境が肝要と思われる。そのためには、私たち福祉従事者が基礎的な知識・技術を習得した上で、地域住民に理解が得られるよう説明していく必要がある。</p> <p>今後は職員研修はもちろん、地域住民を対象にした講演やシンポジウム等を積極的に行っていく必要があると思う。地域移行していくことが、大きな事件等の予防につながり、結果として安心した街作りにつながるという意識を啓発していくことが必要と思う。</p>

▼関係機関との連携や本人とつながる体制の整備(5件)

開設主体	種別	定員	内容
社会福祉法人	就労継続支援B型 就労移行支援	20	<p>私どもの施設では今までのところ、医療観察法の対象となる方からの利用希望はありませんでしたが、今後そのような依頼があった際には、受け入れについて前向きに検討し、可能であれば考えたいと思います。</p> <p>もし受け入れる場合には何よりも他機関との連携が必要だと思われるので、それを整備したのちに受け入れる方向になるかと思われます。</p> <p>また、職員も専門的な知識が必要だと思われるので、日ごろから学んでいく必要があると思っています。</p>
社会福祉法人	自立訓練(生活訓練)生活介護	20	<p>処遇定期カンファレンスは、月日を経るごと＝おおむね安定して地域生活を送れていると、会議参加者も日々の支援事業所にお任せになってしまう。</p> <p>担当者の変更があっても面会することもなく、詳細を把握しないまま会議への参加となり、処遇中である故必要と許可されたサービス(そのサービスがあるから地域生活を維持できている)を簡単に原則論へ戻すという話題も出てくる。</p> <p>地域の行政機関はせめて処遇会議が継続されている間くらいは、定期的にご本人とコンタクトを取る体制を敷いてほしい。</p>
特定非営利活動法人	就労継続支援B型 生活介護	36	<p>ご利用者様の状況によるかと思いますが、地域支援で課題となるのは緊急時の対応の明確化と確実性かと思っています。</p> <p>緊急時にどこが最終的な窓口として判断をして、加療等の対応につなげていくことが必要ではないでしょうか。</p> <p>それがご利用者様の安心した、安定した地域生活に向けて担保されることが重要だと思います。</p>

開設主体	種別	定員	内容
営利法人	就労移行支援	20	<p>訓練生の内、帰宅途中に最寄り駅近くで、他人を突き飛ばし警察に逮捕収監された事例があります。</p> <p>これまで当事業所以外の相談先を一切持っていなかった為、釈放後ご家族とも話し合いの上、地域の社会的資源で繋がれるところを探し、地域の保健師とカンファレンスを開き、定期的通院、服薬、カウンセリングの利用等で改善する計画で就労支援を継続しましたが、結果的には就労移行利用は希望するものの、他の支援や繋がりを持てないまま、本人希望で退所したというケースがあります。</p>
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	60	<p>医療観察保護対象者は常に複数の機関が支援へ当たっているが、本人のニーズの受け入れをどこまで追っているのか？</p> <p>支援期間、医療機関、家族が敏感に本人の病気の部分に集中した視点を持ってしまいがちである。本人の人権と尊厳、尊重を何うと関係者に応じた生き方を余儀なくされてしまいがちにされてしまうケースもあり、地域、医療は本人のコーディネーター役に徹しながら自立への道のりを共に歩く必要性が高いと感じています。</p>

▼専門性のある人員配置・報酬（3件）

開設主体	種別	定員	内容
社団法人	就労継続支援B型	20	<p>同法人内で指定通院医療機関（訪問看護）として対象者の方の地域支援を担っているが、処遇期間終了後の生活において、どのような支援体制を構築し安定した地域生活が継続できるのかが非常に重要だと考えています。</p> <p>一概にはいえませんが受刑者が社会復帰するプロセスと酷似し、更に、精神障害を併せ持つことにより、地域生活に大きな障害となることもご承知のとおりです。現在、当事業所（障害福祉サービス）と指定医療機関（訪問看護）と対象者の支援連携はありません。</p> <p>しかし、今後も当事業所のサービス利用がないとはいえません。利用（連携）依頼があれば検討しますが、専門性のある人員配置や工夫は必要だと思います。また、その報酬的裏付けも必要でしょうね。</p>
社会福祉法人	就労継続支援B型	20	<p>医療観察法対象者の処遇は手厚いと思います。必要な手厚さだと思います。この手厚さが、触法の前に提供されていたならば、不幸な思いを防げるのではないかと思います。誰が触法の可能性があるのかはわからないことですが。</p> <p>触法後の処遇の如何は再犯率に見えてくる数値になると思います。が、触法前の処遇の如何で触法率を因ることはできません。できないから、手厚くされないのだと思います。</p> <p>なぜ触法に至ったのかは分析されているところですが、精神的に「追い詰められている」「孤独感」「ゆがんだ価値観」「その他」それぞれに対しての処遇、支援のスキルが構築、実践されていくことで、触法に至らない人生を送っていただけるのではないのでしょうか。それには費用が必要です。</p>

開設主体	種別	定員	内容
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	20	GH等は医観法対象者に対する加算があるが、ケア会議などの参加報酬はあるが、就労系では加算対象にならないことは、受け入れの難しさがある。

▼責任の所在について(2件)

開設主体	種別	定員	内容
社会福祉法人	就労継続支援B型 就労移行支援	31	<p>法対象者のプライバシーの保障をどうしていくのか、何か起こった際の受け入れ先の大家や事業所に対する近隣住民が求める責任は事前にきちんと整理してもらわないと、近隣住民自体がよくわからない状況になりつつある社会において、法整備や報酬を整備したら済む問題ではないし、最終的に責任を追及される場所は努力義務的な表現で済まされてしまうのであれば、受け入れは進まないと思う。</p> <p>だからといって、警察の介入が本当に望ましいとは、法対象者のためにならないと思う。社会復帰調整官がどこまでできるのかに最終的にはよるのだと思うが。</p>
営利法人	就労継続支援A型	20	<p>勉強不足ではありますが、地域処遇に関しては居住や就労面など多くの課題があると思います。責任の所在等、あいまいな部分があると支援が難しいのではと思います。</p>

▼その他(4件)

開設主体	種別	定員	内容
社会福祉法人	自立訓練(生活訓練) 就労継続支援B型 就労移行支援	80	<p>受け入れの段階で罪状等を教えていただけないと現場での不安感に繋がります。</p> <p>個人情報等の関係はわかりますが、秘匿されるのが一番不安です。</p>
特定非営利活動法人	就労継続支援B型	20	<p>医療側、法務局側は本人の再発や状態の不安定さをとても心配しているの、「低め安定」を望んでいるように感じる。</p> <p>しかし、受入地域側は「本人らしさ」を取り戻すことに主眼があるため、「低め安定」よりも上の状態を求めがちであり、調子が高くなった場合もそんなに慌てないで対応できる事を知ってほしいと思います。</p> <p>ただし、土日や夜間はやはり対応が難しいので、そうなると「低め安定」を同意せざるを得ない状況なのかもしれません。</p>

開設主体	種別	定員	内容
営利法人	就労移行支援	20	<p>症状として、自律した生活を送れる程度に回復していることの、医師の医学的な根拠がはっきりしている方と不安定な方の区別をする必要があると思います。</p> <p>限られた社会資源を効率よく使う事が肝要だが、直接に社会復帰や社会参加が可能な方に限るべきだと思います。</p> <p>個人の自由や人権がクローズアップされ、問題が起きてから後手に対応せざるを得ない現在、人権を担保する責任能力の有無ではなく、能力を保持したいとする意志が明確でない方は、ずっと措置しておいて欲しいです。</p> <p>財源無く優しさを訴えても、かえって無責任な話になるので。</p>
医療法人	自立訓練 (生活訓練)	20	<p>法対象者を受け入れている施設より、「外部のWrなど施設の他の利用者より手厚い支援があるが、期限が来るとゼロとなってしまう、その後の支援で苦勞する」などの話を聞いており、不安がある。</p>

5) 調査票

心神喪失者等医療観察法対象者の障害福祉サービス（日中活動系）の活用に係る実態調査 調査票

- ・事業所名 _____
- ・回答者氏名 _____

I 事業所の基本情報

問1 貴事業所の開設主体

- 1 社会福祉法人 2 市区町村 3 特定非営利活動法人 4 医療法人
5 営利法人（株式、合名、合資、有限会社）
6 その他（具体的に _____ ）

問2-① 貴事業所の機能

- 1 多機能型である 2 多機能型ではない

問2-② 貴事業所の種別（多機能型の場合は該当する事業すべてにチェックを入れてください）

- 1 自立訓練（生活訓練） 2 就労継続支援A型 3 就労継続支援B型
4 就労移行支援 5 生活介護

問3-① 貴事業所の定員（多機能型の場合は合計数）

（ ）人

問3-② 貴事業所における2017年9月1か月間の実利用者数

（ ）人 うち精神障害者（ ）人

問4 職員の配置状況 ※職員に精神保健福祉士がいる場合は、⑫に再掲でご記入ください。

職 種	常勤換算人数
①管理者	
②サービス管理責任者	
③生活支援員	
④職業指導員	
⑤訪問支援員	
⑥機能訓練指導員	
⑦医師	
⑧看護職員	
⑨理学療法士	

⑩作業療法士	
⑪その他	
⑫精神保健福祉士	

II 医療観察法対象者の受け入れ状況

問1 あなたは医療観察法を知っていますか。

1 知っている 2 法律があるのは知っている 3 知らない

問2 これまでに貴事業所で医療観察法の対象者（以下、「法対象者」）を受け入れた経験はありますか。

1 受け入れ経験あり 2 受け入れ経験なし

※「受け入れ経験あり」の方は問2に、「受け入れ経験なし」の方は問8に進んでください。

受け入れ経験ありと答えた方に

問3 これまでに受け入れた法対象者数（延べ数）とその方の転帰を教えてください。

同じ人が再利用した場合は、ダブルカウントして、それぞれの転帰をカウントしてください。

計（ ）人
うち、利用継続（ ）人、利用中止（ ）人、他のサービス等に移行（ ）人
利用中の医療観察法による処遇の終了（ ）人

問4 受け入れの依頼を行った機関を教えてください（複数回答可）。

1 保護観察所 2 保健所 3 市町村障害福祉担当課
4 指定医療機関 5 特定相談支援事業所
6 その他（具体的に ）

問5 受け入れた法対象者に対してのみに特別に実施した業務内容にチェックを入れて、その頻度または回数と1回の所要時間を教えてください。

※頻度または回数：頻度は週1回、月1回、3か月に1回などと記入してください。

1回の所要時間：0.5時間単位で記入してください（移動に要した時間も含めてください）。

業務内容	頻度または回数	1回の所要時間
<input type="checkbox"/> 1 本人相談	頻度	（ ）時間
<input type="checkbox"/> 2 家族相談・支援	頻度	（ ）時間
<input type="checkbox"/> 3 ケア会議への参加	頻度	（ ）時間
<input type="checkbox"/> 4 関係機関への情報提供、情報交換	頻度	（ ）時間
<input type="checkbox"/> 5 法対象者退院前の地域支援体制の調整への関与	回数	（ ）時間
<input type="checkbox"/> 6 地域処遇計画策定への関与	回数	（ ）時間
<input type="checkbox"/> 7 法対象者退院前の外出・外泊訓練への関与	回数	（ ）時間

2

<input type="checkbox"/> 8 法対象者入院中の病棟内会議への参加	回数	() 時間
<input type="checkbox"/> 9 症状悪化、トラブル等の緊急時の対応	回数	() 時間
<input type="checkbox"/> 10 処遇終了後のサービス継続への調整	回数	() 時間
<input type="checkbox"/> 11 その他（具体的に		

問6 受け入れ経験がある理由として該当する項目にチェックを入れてください。

	あてはまる	あてはまる どちらかというと	あてはまらない どちらかというと	あてはまらない
1 保護観察所や医療機関との連携体制が取れているから	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 法人、事業所として法対象者を特別視する考えがないから	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 ほかに受け入れる事業所がないから	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 依頼してきた社会復帰調整官等の関係者が熱心だったから	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 実際の法対象者が特別な人ではなかったから	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 対象行為（事件）前に受け入れていたことがあるから	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 その他（具体的に）				

問6 法対象者を受け入れた中で課題となったことはありますか。

1 ある 2 特にない

問7 問6であると答えた方は、該当する項目にチェックを入れてください（複数回答可）

- 1 精神保健福祉士等の専門職がないなど支援体制に課題があった。
2 報酬上加算などの財政上の措置がないため法人内での受け入れ調整が大変だった。
3 ケア会議への参加にあたり日程調整が難しかった。
4 法対象者に対して腫れ物に触るような対応を取ってしまった。
5 その他（具体的に）

※問9にお進みください。

受け入れ経験なしと答えた方に

問8 法対象者の受け入れ経験がない理由として該当する項目にチェックを入れてください。

	あてはまる	あてはまる どちらかというと	あてはまらない どちらかというと	あてはまらない
1 法対象者の受け入れの依頼自体がないため	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 法対象者の受け入れを担当できる専門職がないため	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 法対象者を地域で支援する他のサービスが不足しているため	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 法対象者の受け入れに事業所の職員が抵抗感を持っているため	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 医療観察法のことをよく知らないため	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
6 法対象者が問題を起こした時に事業所として責任を問われる可能性があるため	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
7 その他（具体的に）				

次ページがあります➡

すべての方に

問9 今後、どのような条件があれば貴事業所において法対象者を受け入れることができますか（複数回答可）。

	あてはまる	あてはまる どちらかというと	あてはまらない どちらかというと	あてはまらない
1 心神喪失者等医療観察法に関する研修等の実施	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2 宿泊型自立訓練や共同生活援助における地域生活移行個別支援特別加算 ¹ と同様の報酬上の評価	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3 精神保健福祉士等の専門職の配置	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
4 緊急時対応が可能となるような保護観察所、通院医療機関、行政との連携体制の構築	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
5 その他（具体的に）				

問 10 医療観察法対象者の地域処遇に関してご意見があれば自由にご記入ください。

質問は以上です。ご協力ありがとうございました。

¹地域生活移行個別支援特別加算（1日につき670単位を加算）

【対象者】医療観察法に基づく通院決定を受けてから3年を経過していない者（通院期間が延長された場合、その延長期間を限度とする。）又は矯正施設若しくは更生保護施設を退所等の後、3年を経過していない者

2. 障害福祉サービス事業所における心神喪失者等医療観察法対象者の受け入れ促進に向けたヒアリング調査結果

1) ヒアリング調査の概要

<p>調査目的</p>	<p>心神喪失者等医療観察法対象者（以下、「法対象者」という。）の受け入れを行っている日中活動系の障害福祉サービス事業者を対象としてヒアリング調査を実施し、聞き取った内容の分析を通して法対象者の受け入れにおける促進因子（阻害因子）を抽出することにより、障害福祉サービス等事業者に対して法対象者の障害特性等についての理解を深め、受け入れを促進してもらうためのノウハウや普及啓発に関するツール（手引書）の開発の素材とする。</p>
<p>調査方法</p>	<p>東京保護観察所の紹介により法対象者の受け入れを行っている東京都内の日中活動系の障害福祉サービス等事業者9か所を対象として、本調査事業実施担当者において事業所への訪問による聞き取り。</p>
<p>調査実施日及び聞き取り対象</p>	<p>平成29(2017)年</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 11月21日 東京都世田谷区 事業所管理者(施設長) 2. 11月22日 東京都江戸川区 事業所管理者(施設長) 3. 11月28日 東京都福生市 事業所管理者(施設長) 4. 11月29日 東京都足立区 事業所管理者(施設長) 5. 11月29日 東京都新宿区 事業所管理者(施設長) 6. 12月5日 東京都八王子市 事業所管理者(施設長)と常勤職員 7. 12月6日 東京都立川市 事業所管理者(施設長) 8. 12月8日 東京都目黒区 事業所管理者(施設長) 9. 12月13日 東京都墨田区 事業所管理者(施設長)
<p>調査内容</p>	<ol style="list-style-type: none"> (1) 障害福祉サービス等事業所の基本情報 <ol style="list-style-type: none"> ①サービス種別 ②職員の配置状況 ③精神障害者の利用登録状況等 (2) 法対象者の受け入れを行った経緯 (3) 受け入れを行った理由 (4) 実際に受け入れるにあたって工夫したこと (5) 実際に受け入れてみて苦労したこと、良かったこと (6) 今後、受け入れが広がっていくために必要な条件

2) 調査結果

①法対象者の受け入れを行った事業所の基本情報

設置主体は社会福祉法人が5事業所、特定非営利活動法人が4事業所であった。また、7事業所に精神保健福祉士の配置、1事業所に作業療法士の配置があった。

A事業所

- ・事業種別：就労継続支援B型事業
- ・事業開始時期：平成21(2009)年(前身の共同作業所は平成8(1996)年から活動開始。設置主体が平成12(2000)年にNPO法人、平成28(2016)年に社会福祉法人に移行)
- ・利用者数：18人(うち精神障害者14人、知的障害者4人)
- ・職員体制：管理者1人(精神保健福祉士)、常勤職員1人(精神保健福祉士)、非常勤職員人
- ・活動内容：レストランの運営
- ・法対象者の受け入れ状況：現在の利用者1人

B事業所

- ・事業種別：多機能型事業(就労移行支援、就労継続支援B型)
- ・事業開始時期：平成22(2010)年(平成15(2003)年にNPO法人設立し、3障害に対応した事業に取り組む。平成23(2011)年に障害福祉サービス事業となる。)
- ・利用者数：1日平均55~60人。登録者は130人前後。7割が精神障害者。
- ・職員体制：管理者1人(精神保健福祉士)、ほか常勤職員と非常勤職員で16人(うち精神保健福祉士3人)
- ・活動内容：パソコン等の整備・修理・クリーニング作業、パソコン等の分解作業、インタネットオークション事業ほか
- ・法対象者の受け入れ状況：現在利用中の1人(ほかに体験利用中2人、見学者1人)

C事業所

- ・事業種別：多機能型事業(就労移行支援、就労継続支援B型)
- ・事業開始時期：平成23(2011)年(母体のNPO法人は30年来ひきこもり等の若者支援を実施)
- ・利用者数：定員で就労継続支援B型25人、就労移行支援10人。登録者は65人。
- ・職員体制：13人(うち常勤職員6人)
- ・活動内容：資源ごみの回収・分別、車椅子の清掃・整備、自主製品制作、ベアリング組み立て等
- ・法対象者の受け入れ状況：2人(現在の利用者1人)

D事業所

- ・事業種別：就労継続支援B型事業
- ・事業開始時期：平成21(2009)年(前身の共同作業所は昭和54(1979)年から活動開始。平成15(2003)年に社会福祉法人設立)
- ・利用者数：登録者29人。すべて精神障害者(重複障害者を含む)。
- ・職員体制：管理者1人(精神保健福祉士)、常勤職員2人(うち精神保健福祉士1人)、非常勤職員2人
- ・活動内容：下請け作業、公園清掃、バザー品の店頭販売
- ・法対象者の受け入れ状況：現在利用中の1人

E事業所

- ・事業種別：就労継続支援B型事業、地域活動支援センター、特定相談支援事業、委託相談事業
- ・事業開始時期：平成20(2008)年(前身の共同作業所は昭和62(1987)年から活動開始。平成14(2002)年に社会福祉法人設立)
- ・利用者数：B型定員20人。地域活動支援センター定員10人。登録者数72人(うちB型のみの登録者45人)。すべて精神障害者(重複障害者を含む)
- ・職員体制：管理者1人(精神保健福祉士)、常勤職員4人、非常勤職員4人
- ・活動内容：軽作業、パソコン入力、自主製品制作、公園清掃、就労支援ほか
- ・法対象者の受け入れ状況：現在利用中の1人(地域活動支援センターと他のB型事業所の利用)

F事業所

- ・事業種別：就労継続支援B型事業
- ・事業開始時期：平成21(2009)年(同年にNPO法人設立し、事業開始)
- ・利用者数：定員20人。登録者45人。1日の利用者数10~16人。平均年齢45~46歳。すべて精神障害者
- ・職員体制：管理人1人(精神保健福祉士)、常勤職員2人、非常勤職員3人
- ・活動内容：調理パン製造、手芸品制作
- ・法対象者の受け入れ状況：現在の利用者1人(他に、これまで3人の刑務所出所者を受け入れ)

G事業所

- ・事業種別：地域活動支援センター、特定相談支援事業、一般相談支援事業、委託相談事業
- ・事業開始時期：平成18(2006)年(前身の共同作業所は昭和60(1985)年から活動開始。平成13(2001)年社会福祉法人設立)
- ・利用者数：登録者99人(男58人、女41人)
- ・職員体制：施設長1人(精神保健福祉士)、常勤職員4人(すべて精神保健福祉士)、非常勤職員1人

- ・活動内容：相談支援活動、各種プログラム活動ほか
- ・法対象者の受け入れ状況：2人（現在の利用者1人）。

H事業所

- ・事業種別：就労継続支援B型事業
- ・事業開始時期：平成19（2007）年（母体の任意団体が平成12（2000）年から精神障害者のグループホームの運営開始。平成16（2004）年NPO法人設立）
- ・利用者数：定員60人。登録数78人。1日平均利用者数25.4人。すべて精神障害者。
- ・職員体制：管理者1人、常勤職員6人、非常勤職員19人
- ・活動内容：農産物の生産、出荷、販売
- ・法対象者の受け入れ状況：4人（利用中に精神保健福祉法上の入院があり間もなく利用再開予定者が1人）

I事業所

- ・事業種別：就労継続支援B型事業
- ・事業開始時期：平成24（2012）年（母体の家族会が昭和55（1980）年から共同作業所を開始。平成18（2006）年NPO法人設立後B型事業所を新規に開設）
- ・利用者数：登録者数24人。1日平均利用者16～17人。精神障害者9割、知的障害者1割。
- ・職員体制：管理者1人（精神保健福祉士）、常勤職員2人（いずれも精神保健福祉士）、非常勤職員3人（うち精神保健福祉士1人）
- ・活動内容：研修プログラム（PC基礎コース、PC応用コース）、作業訓練プログラム、就労準備プログラムほか
- ・法対象者の受け入れ状況：現在利用中の1人

②聞き取った内容

9か所の調査録音データについて文字起こしを行ったものを基に、8カテゴリーに分類して、各カテゴリーに中項目を付したものを以下に列記する。

ア：法対象者の利用に関する打診の経緯

【法対象者であることを明かした上での利用に向けた打診】

- ・最初は病院から連絡があって、そろそろ退院をするので、通所先を探しているということで。本人が飲食店で働いてみたいという希望があるということで、私どもに来ていただきました。
- ・（利用の調整は）病院の担当官と、社会復帰調整官が。あと精神保健福祉センターですね。
- ・（指定入院医療機関の）病院から〇〇区の保健師にまず依頼が来て、保健師経由でという感じです。

- ・ちゃんと事前に情報をいただけるパターンもありました。
- ・保護観察の調整官の方から、こういう方がいらっしゃるんですけどもということ
で連絡が来まして、じゃあ、ということで受け入れをさせていただきました。
- ・(最初の連絡は)保護観察所の方からと聞いています。
- ・(最初の連絡は)保護観察所の方からです。
- ・(最初の連絡は)この方は確か保健師さんが。どちらかといえば通常の一般の利用者
と同じような形で利用したいので見学させてくださいという入り口から入った形で
す。その中で経緯の方もちょっとお話ししていただいてということでした。
- ・(最初に利用の打診があったのは)〇〇区の保健師さんからで、そういう医療観察法
の対象の方がいらっしゃるんですけども、受け入れは可能ですかという形でご連
絡をいただきまして、……。
- ・(法対象者が数年前に利用を中断していた人で)そうしていたら後から保護観察経由
で、こういう方がいるんだけれども通えないかなという話で来たという経緯があっ
て、……。 (指定入院医療機関に)入院して。その後退院をさせたいんだけれども、
やっぱり家に戻すのは、……。自立するのでもほかに当たったみたいなんですけれ
ども、やっぱりどこも受けてくれなかった経緯があったのではないかと思います。
- ・1人は(同じ法人の)ほかの事業所から、〇〇なんですけれどもね。〇〇で働いてい
ただけけれども、どうも外で働きたいみたいだというようなニーズがあがって、そ
れであれば(うちの事業所)の方がいいんじゃないかということでその方が来られま
した。
- ・もう1人がこれは〇〇区から。多機能の相談支援事業所。

【法対象者であることを当初明かさないうまの利用に向けた打診】

- ・実は一番最初に問い合わせをいただいたときには特にそういう説明ってなかったん
ですね。受け入れてみたら、やっぱり外出許可中なので、看護師さんの付き添いが
いらっしゃるの、付き添いがあるんだみたいな、そんな感じだったんですけど、
それでいろいろお話を伺って、あ、なるほどという感じでしたね。最初は本当に何
も情報のないまま受け入れたという感じですね。
- ・その方は単純に計画相談を担当されている相談支援員の方から、最初にご相談を受
けました。
- ・最初に本人がいらっしゃる場所で関係者だけの情報共有の場がまず設けら
れて。その時に詳しい情報というのは聞けなかったのですが、後程本人と関係機関
の方たちと本人の両親が来られた時に詳しい説明を受けました。
- ・〇〇病院の方に入っているって、ケースワーカーさんの方から日中活動を探
している人がいるので、見学させてくださいという連絡が来ました。通常の一般の
見学として受け入れました。(医療観察の)対象だということは、もっとその後でま
た見学に来たいんだというようなときに少しお話をいただいて、社会復帰調整官の
方とは(3か月後に)にお電話でお話をして、この方の経緯の説明をさせてほしいと

ということで翌月に来られてというようなことでした。最初、通常の見学なのに何かかかわっている方がいっぱいいらっしゃるなど、(精神保健福祉)センターの方もかかわっているんだとか、あれ、どういうことなのかということは特に何もおっしゃらなかったの。こちらも特に伺わなかったの。でも何かちょっといろいろ聞いているうちに、あ、そうなんですねということがわかった次第でした。

イ：利用希望者が法対象者であることに対する事業所の反応・対応

【法対象者を特別視しない対応】

- ・一応前の施設長ですとか、理事に相談はしました。でもその段階でもう私は受け入れを決めていたので、一応こういう経緯で受け入れがありますという報告みたいな感じではあったんですけど。
- ・その方の触法の行為がそんなに重くなかったの、受け入れも抵抗感はなかったというのがありますし、あとは体験していただいた段階で、体験の様子を見て、全く問題もなかったの、特に医療観察どうのこうのというのはそこまで気にはならなかったです。
- ・ほかの今利用していただいている利用者さんの同じ扱いで全然大丈夫と思いました。
- ・私はP S Wなので医療観察というものがどういうものか知っていましたから特に抵抗はなかったですけども、……。
- ・まずはこの作業所の職員が話し合いをして、その上で施設長が、施設長会議でこういう訳で受け入れどうしたらいいか、ということをして……、そこでいいんじゃないかと、受け入れられたらいいんじゃないかということで、最終的には受け入れさせていただいています。
- ・僕らのところは一応理想としてですけども、とにかく断らない、こちら側からよっぽどのがない限りはとにかく受け入れようというのが基本的な考え方としてあって、……。特に背景についてはあまり聞かなかつたりとか、あと病状とか病気名とかもあまり聞かないというか、ご本人から話してもらえれば話しますけれども、絶対に聞かなきゃいけないというインテークというか、面接のときに聞かなきゃいけないというわけではなくて、何が困っていますかとか、どんなところがというところがやっぱり一番重要ななと思って。
- ・傷害などに関して別に怖いなどは全く(なかった)。ただうちへ相談に来られた場合にどうしてもお断りしなければいけないと思っているケースがありまして、それは男性で女性に対して性的なという場合は環境的にお断りせざるを得ないと思っています。
- ・他の方と同様に最初は情報共有をして、このような対応であたっていきましょうということは当然あったのですが、(他害行為を)しているからといって特別にした処置というのはなかったです。他の職員もそんなに抵抗はなかったかと思っています。

- ・(特にスタッフ間では) 構えることはなかったです。相談支援センターの〇〇が窓口で、いや、実はこういう方が入ってくるんですがどうでしょう、うちはそもそもそういう見方をしてないのでいいですよ。じゃあ、1回見学に来られて体験をまず受けてもらって、本人が選んでよければどうぞと。非常に落ち着いていましたものですから、特に何か危ないことがあるという状況でもなかったですよ。
- ・強い抵抗というのはあったようには聞いていません。どの方がみえる時もそれは同じなんですけれど、ちゃんとお約束事守って、ここ集団での場所ですから、人に迷惑を掛けるようなことがあるような方がみえると今まで通ってる方も通えなくなってしまうとか、そういうこともあるので、普段からどういうところが気を付けなくてはいけない点なのかな、というのは話し合いをしていますので、その延長線上ということのように、その時私はその会議にいませんでしたけれど、そのような印象で受けています。
- ・(法人は) だれでもがこの地域で過ごせるようにというのを理念に掲げてますので、(法人内の施設長会議では) やはりどの施設長も頭からそんなだめだというのはなかったですね。なるべくその方が使ってもらえるような機関としてやっていければいいんじゃないかっていう、やはり何か問題があった時に相談できたりはする所は大事だね、という話は出たりはしてました。
- ・リスクというか、受け入れ現在で自傷他害の疑いの恐れがあるのであれば、もちろんどうしようかと思ったのですが、特にその当時そういった危険性はないというようにお話と、事前に体験利用していただいてどうしても関係性ができなさそうな人については難しいと思いますが、その方については体験利用を通して様々な話をしてみ、支援者との情緒的な結びを構築することができると判断して受け入れました。

【法対象者の利用受け入れに対する不安・抵抗感】

- ・やっぱり皆さん、私がばーっと医療観察ってこういう人なんだよという、不安だったんで、そんなの大変だから大丈夫？と言われて、……。
- ・もう1人今体験中の方で、おそらくうちに受け入れになるだろうという方がいらっしゃるんですけども、その方についてはかなり重たい触法行為だったので、その方は最初にすごく丁寧にご説明いただいていた、そのときにはさすがにちょっと悩みました。
- ・現場と一緒にいる職員には必ず説明はしなきゃいけないと思って、その説明の仕方1つでかなり恐怖感を抱いたりとかしちゃうかなと思ったので、その職員のフォローにとっても悩みました。
- ・私も、(精神保健福祉士の) 資格を取る段階で医療観察の勉強はしましたが、実際に自分のところに来るんだとなると緊張感はあります。ただでさえそうなのに、うちは……スタッフ、全然福祉の勉強も全くしてない状態できていますので、僕よりも当然不安とか緊張感は大きいのかなと思いますね。
- ・(非常勤職員は) 福祉に関してはど素人なので、なのでやっぱり不安ですよという、

何かしら犯罪的なことがあった方ということで、どう対応したらいいか、どう接してあげたらいいのかということがわからないから、……。

- ・うちも彼のことを僕が知っていなかったら、受けたかどうか正直わかりません。だから、彼がまだ治療しながらですけれどもうちに来ていて、健康に生活をしていたときのことを僕は知っていたので、今は彼自身もそういう大変な思いをしてまた頑張って社会に戻ってきたいと思っているのであれば協力をしましょう、ということでお受けした経緯があります。
- ・(ほかのスタッフの方の抵抗感は)やはりあります。正直にあったと思います。その病気のせいだったとしても、やっぱり(重大な他害行為をしたということ)。ただ、どっちかという(他害行為)の対象者は(家族で)。その親子の依存関係とか……というのは、それは理解できる人たちだったので、職員は理解してくれたところはあったのかなと思います。……。あと(他害行為を)本当にもうしないのかどうかという保証は何もない。病状とはいえやっぱり性格的なものの要因というもの、もしかするとあるんじゃないかとかいろいろなことを考えちゃうので、そういう不安とか戸惑いは皆さんあったと思います。でも、そういう中でも一応ここに通っていた経過があったので、理解してくれたのかなというのがあります。
- ・(他の法対象者の利用の話が出たら)そこはまた悩むだろうなと思います、正直申しまして。実際に来ていただいて人となり、向こうもそうですけど我々も一緒にやっていけるかどうかという。我々だけを見ていくことはやっぱり無理だと思うので、その方のサポートをする、連携できる機関かどうかということです。
- ・相談を担当した者が、やはりこういった方は本当に初めてだったので、事件に関してすごくショッキングに思って、どういうふうにしていったらいいんだろうみたいなのはあったんです。

ウ：正式利用までの事業所の対応(スタッフ間の情報共有等)

【事業所内の勉強会、研修の開催】

- ・ほかのスタッフは別にPSWでも何でもないのですが、医療観察とは何ぞやというところからまず勉強会をして、それを病院の方にも来てもらいましたし、社会復帰調整官にも入ってもらって、こういう方で医療観察法とはこういうものですと。それでこういう方が入っていますということを知っていただいた上で、入所してもらいました。
- ・1回専門職の方に来てもらって説明を聞きましょうということで勉強会をしました。
- ・ケア会議ということで、1回その方の調整官と病院のケースワーカーさんに勉強会をさせてもらって、その後ご本人にも来てもらって、うちのスタッフ、3人ですけれども、もう1人非常勤の4人で会わせてもらいました。
- ・まず説明会があって、本来は私とご利用者様だけなんですけど、ほかのスタッフに

も入ってもらって、どんな人かというところを見てもらいました。ほかのスタッフの不安が強かったのです。

- ・これは法人全体に言えるんですけど、専門職じゃないスタッフからすると医療観察法、何か大きい事件を起こした人というところで怖いというイメージ、本当に大丈夫なんですかと、そういう社会復帰プログラムの内容もわかっていませんし。もう1つ事業所があるんですけど、そっちでも受け入れというところがあったので、そっちでもやっぱり勉強会を、調整官を呼んでしましたね。
- ・人となりを知ってもらって、制度を知ってもらって、そうしたら納得してくれました。いきなり私が今度医療観察の人を受け入れるから、いつものように受け入れるからと言っても抵抗があったとは思いますが。
- ・〇〇区内ではほかの事業所で同じように（医療観察の対象となった）利用者さんを受け入れしているところがあったので、そちらの職員さんに来ていただいて、いろいろ説明していただいたり、あとは医療観察の制度自体の説明とか、クライシスプランがちゃんとあるので、こうなったらこうすれば大丈夫ですみたいな説明はして、一応全職員には今ご理解はいただいているという感じなんです。
- ・社会復帰調整官の方と一緒に来てくださいと、教えてくださいという形でお願いをしたらすぐ来てくださったので。それで、お話を聞いてみたら、何かお薬を飲んでなかったから具合が悪くなっていて、（他害行為の内容）としてはすごいことが書いてあるんですけども、でも実際のところは理由もよくわかって、ああ、そういうことだったんですねというのがわかったので、じゃあ、体験からやってみましょうかという形で。
- ・受け入れる作業場所へのスタッフへの説明とか教育とか、そういった手間は当然あるんですけど、それぐらいかなと思います。あと、私個人的にはそのための準備とか資料作りとか、そういう説明の言い回しのどうしようとか、いろいろ準備の時間とかはありますけど、それぐらいかなと思います。

【事業所スタッフ間、法人内での情報共有、話し合い】

- ・まずはこの作業所の職員が話し合いをして、その上で施設長が、（法人内の）施設長会議でこういう訳で受け入れどうしたらいいか、ということを通じて、そこでいいんじゃないかと、受け入れられたらいいんじゃないかということで、最終的には受け入れさせていただいています。
- ・（法対象者であることは）やっぱり隠すことではなかったので、スタッフ間ではちゃんとその話をして、事情もよくわかりましたし、どういう形で受け入れていったらいいかということも、その場でうちの、特に非常勤のスタッフの方から忌憚なく質問していただいて。

【一部のスタッフには情報共有しない対応】

- ・現場の方にすべての情報を今は伝えているかということ、それはそうではないというところではあります。
- ・……やはり先入観ではないですけども対象行為があった（ということをお他のスタッフに伝えることが）、ご本人にとって不利益になることが多いのではないかとということで、もちろん受け入れる前の話し合いの段階でも、そういった他害行為に関してもよくご相談をした上でではあるんですが。
- ・現場のスタッフというのはリタイアをされた方だったりとか、ほかの人生、全くその医療とはかかわらないところで歩んできた方が多いので、……。必要な情報はお伝えするんですけども、本人にとって不利益になるかというところはある程度コントロールといいますか、必要なときにはお伝えして共有してというところで、最低限の安全は確保した上での情報公開というか提携をやって一緒にやらせてもらっているところです。

エ：利用中の対応

【他の利用者と変わらない対応】

- ・この医療観察制度の対象になっているということで特別な対応をしているということはないですね。
- ・医療観察法の方だからということで何か特別な配慮をしたとか、そういうことは特にはないですね。
- ・総じて医療観察法の方を受け入れたから、何かこういうことをこういう配慮をしてとか、こういうことをしてとかいうのは、特にはないです。
- ・今受け入れている方については、あまりないですね。うちに来る前、入院中のときから私はケア会議には参加していたので、移動ですとか参加の手間ぐらいで、ほかは特段ないです。
- ・そうですね。他の方と同じでした。今もそうです。
- ・関係機関の方には一番最初にやっぱりお伝えしたんですけども、防犯の観点でうちがかかわるといのは無理ですよという。ほかの利用者さんと同じように就職を目指すサービスは支援はできるけれども、そういう再犯防止のためにうちを利用するといのはできないんですということはお伝えしました。なので彼にやっているのは就労支援しかやってないんです。

【セルフモニタリングの実施】

- ・毎日作業の最後にセルフモニタリング、自分で自分の状態を振り返って、モニタリングをしてそれを毎回職員がサインしているんです。どちらかということそれは〇〇病院の取り組みの1つなんですけれども、それはご本人も自分で続けた方がいいと判断して、続けているという感じです。

オ：ケア会議への参加、関係機関との連携

【ケア会議への参加と負担感、安心感】

- ・地域でいうと相談支援事業所の〇〇が。あとは区役所のワーカーさんと病院の心理士さんと訪問看護ですね。今でも2か月に1回、ケア会議を回っています。そのメンバーです。あと精神保健福祉センターが。何か手当もいただいているし、手厚いなどは思うんです。毎回必ずドクターも入ってくださるし。
- ・(ケア会議への出席が) 負担になるのは事実かもしれませんが、その間は私が抜けますので。〇〇さんがいないと、何か起きたら、どうしたらいいということになったりとか、月にもしくは二月に1回のケア会議があって、やっぱり半日が全部つぶれてしまうのでそういった負担はあるんですけれども、1人、2人というところであればどうにかというところで、……。
- ・ケア会議の頻度としては(当初は)1か月に1回程度だったみたいです。結構高頻度で。それが必要ないので3か月に1回とかにしましょうとか、途中からそういう形になって、今は必要性があればケア会議を開催するような。計画相談も入っているのでそういった形になっています。
- ・(体験利用中に) ケア会議にやっぱり行かなきゃいけなくて、病院がまた遠いので。〇〇の方まで行くので、もう半日は終わりましたね。
- ・この方はまだ医療観察法下の中でいらっしゃるの、ケア会議に3か月に1回ぐらいとか定期的にといいのと、あとこの方は福祉サービスを使われるということで、ご紹介したりとか、そういう形での利用の仕方をしています。
- ・逆にケア会議というのが、病院も含めての場で、たくさんの支援者も集まって、ご本人、家族が集まってという場が持てるので、そういう場があることで安心して支援を進めていける場所はあるかなという、ご感想もいただいていますし、私たち自身もそうですね。
- ・ケア会議に参加はできるだけ早い段階でかかわれた方がうちとしてもいろいろ情報も交換できますし、安心感も得られるかなと思います。(ケア会議は)最初は毎月やっていたんですけど、今は3か月に1回になっています。
- ・(法対象者にかかわっているのは) 保護観察所と通院先の病院、相談支援事業所です。

保健所の方も来られていた気がします。ケア会議は多分半年に1回程だったと思います。(ケア会議に出席することの)負担などは特には。そういう仕事ですので。

【関係機関との連携】

- ・ 処遇が終了する前にかかわっていた関係機関としては、区の保健師と社会復帰調整官と通院先の病院のデイケアスタッフ。あと訪問看護も入っています。
- ・ (精神保健福祉)センターの方とか、保健センターにまめに連絡していただいて、その辺の心配なこととか気持ちのあたりも、そういった方も含めて共有をしたりというところを、わりと意識的にしていただいたところもあったかもしれないなど、今振り返れば思います。
- ・ やっぱりすごく手厚いんですよ。だからそういう手厚いカバーをすれば、重い人でもやっぱり退院、ちょっと話がずれますけれども、あの手厚さはやっぱりすごく手厚く、ケース会議もちゃんとやって、それで見守りというか、生保のワーカーから訪問看護から、計画相談から、あと通っている僕らのところから、すべてが入って、それで相談というか、そういう会議をしますので、ですから本当にこういう形でできればみんな退院できるんじゃないかな……。
- ・ 医療観察法の期間が切れた後に、今まで手厚かったやつが一気になくなっちゃうということになると、かなり違いますよね。結構その辺はコーディネートしていただいたので、こちらからも要請しましたし、一気にみんな手を引くような形にならないように、それがさっきの話なんですけれども、日中活動はこんな感じでとか、医療機関の通院頻度に関しても、もちろん今までは処遇だったので強制的に通わなきゃいけないんだけど、今後も継続していけるように一緒にやっていきましょうという形で、期間が切れた瞬間にケア会議もなくなっちゃうとかそういったこともなかったですし、そういうふうに丁寧にやってくださったのはすごくよかったなという感じです。
- ・ かかわっている機関は、〇〇病院さんと◆◆区の保健師さんと、あと訪看もまだかかっています。あと(うちの事業所)ですね。これから企業の方がかかわっていくという形になると思うので、あと◆◆区の就労支援センターとかかわりを持つ形になるろうかと。

■ カ：法対象者の利用を受け入れての感想

【手厚い支援体制】

- ・ もうバックアップ体制もちゃんと付いていて、訪問看護も入っていて、生保のワーカーもちゃんといらっしゃってということで、その辺のあれは調整官の方がしっか

りやられている。

- ・かかわる各機関の方も当然手厚いですし、クライシスプランもとても細かく設定されていますので、ある意味ほかの方と比べると、逆にそこまでできている安心感もあります。むしろほかの方についてはそういう過去の経緯とかは逆に全くわからない方というのもいらっしゃると思いますので、そういう意味ではむしろもっと何かある方が実はいるかもしれないみたいなものもありますし、それに比べればはっきりいろいろ目に見えるというのは安心感があります。

【肯定的な感想】

- ・たまたまその2人が自分のやってしまったことに対してきちんと内省ができている方たちでしたので、特段困ったことなどはなかったです。ただ特性としてなかなか他の人たちと上手く打ち解けられないことや、すごく一方的なコミュニケーションになることなどはありました。それで危険があったかというのは特にはなかったのですが。前向きな方が多いイメージです。
- ・様々な関係機関の方たちと話をされてきた中で自分の特性や、今後どうしていくかの道筋などを話されてきたからだと思いますが、後は頑張っただけという前向きな方が多いイメージで、逆にしっかりされています。生きていくにあたって何が課題でどこを目標にして、今何をしたらいいのかというような基礎的なところからやる必要がないくらいで逆に楽です。
- ・大変勉強になりました。医療観察法というレッテルがはられちゃうと、受け入れが断られやすいとかそういったこともあるんでしょうけれども、こちらもわからないので、一度来てお話を聞かせてくださいという形からスタートしたので、こちらも言いたいことをいわせていただいて、防犯というのはちょっと無理だと思うのでと言って。そういう形でやらせていただいた経験としてはすごくよかったです。

■ キ：今後、法対象者の障害福祉サービスの利用が広がっていくために必要なこと

【医療観察制度の普及啓発】

- ・まず医療観察の制度自体の普及というか理解がまず進まないといけないのかなと思います。そもそも取り組みの普及とか理解というのが私も（現在の事業所）に来て、今年4年目なんですけど、その4年間の間もたぶん一度もいなかったんですよ。耳にも入ってこなかったと思うので、そういう情報教育じゃないですけど、そういった場とかがあると1ついいのかなというのと、あとは実際に受け入れの事例を公開したりとか、もちろんご本人の配慮が必要なんですけど、うちではこうやってやっていますとか、こういうフォローをして安心感を得ていますみたいなそういった情報が

あると受け入れも進むのかなと思います。

- ・受け入れる側だけじゃなくて対象者の側から見ても魅力のあるような取り組みとかがやっているよって、逆に事業所側の宣伝とかそういったのもあればいいのかなと思うんですけど。
- ・制度の対象者とはいえ、ほかの方と同じ精神障害の方だと思うので、一緒なんだよという認識ができればそんなに抵抗感も減るのかなと思います。そういった考え方ができるかどうかというところなのかなと思いますけど。
- ・〇〇区で精神障害者通所事業連絡会というのがあるので、そういったところに1回、医療観察の勉強会をしようかということで、社会復帰調整官と、病院のケースワーカーさんが来てくれて勉強会をしたんですけど、やっぱり我々専門職でも医療観察ってあんまり知らないの、医療観察の人はうち、断っているんですよというB型事業所が圧倒的に多かったの、PR活動がすごく大事です。
- ・医療観察法って何なのというのを知っているか知っていないかが大きいです。知らないと難しいです。だってその人、人を殺した人ですよとか、放火した人ですよとか、怖いわけになるので。どれだけ周知できるかですよ。あと、関係者の熱意が絶対です。本人もやっぱり大事ですよ。
- ・(制度そのもののことを知っている、知っていないでは)それは違うと思います。やっぱりどこにSOSが僕らが出せるかとか、……、医療活動を受けるに当たって、その制度のどの部分を知っておかなきゃいけないかというのはもちろん研修としてはあると思いますけどね。その分でのうまく制度を使える、使えると言ってもそんなに毎日じゃない。制度はやっぱり知っておくべきだと思いますけどね。
- ・(医療観察制度に関する)研修があった方がいいかと思います。身近な所で受けられると行きやすいです。こういう作業所は人数少ないので出て行くのも結構大変なので、身近であれば行きやすくなると思います。
- ・医療観察の制度というより、それぞれの社会的な役割を知っている必要があると思います。医療、保護観察所、保健師などがどのような関わりを持って1人の人間を支えているのかを構造的に知る必要はあると思います。そのケースで何が足りないのか、そのような支援があればこの人は安定的にいられるかというのを構造的に知っていることで、怖さなどがなくなるのかと思います。
- ・本来パートも含めたスタッフ一人ひとりへの研修のようなものがあり知識を得る機会があると良いと思いますが。
- ・本当にそういった(医療観察制度の)研修の機会は必要だと思っています。その方が現場の人たちが自信を持って対応できると思います。知識として知っておくということがすごく大切だと思うので、こういう制度があり、こういうものだということを知っておけば、安心感にもつながると思うので研修の機会は可能であれば作りたいたと思います。
- ・(法対象者を)受け入れてますよというところでの事例検討は、すごくしにくいものだと思いますし、情報の共有って、こういった事件のプライバシーということもあるので、なかなか持てないというところで、どういう対応をもっとしていったらいいのかとか、……、そういうものがあると変に構えすぎないかなと思ったりします。

- ・ もうちょっと具体的に入院中の治療が、実際どういう場でどういったことが行われて、事件のことにに対してはどのようなふうな流れで、ご自身で受け入れて、それをどのようなふうに人に話をするのか、しないのかとか、何かそこですごくつらいことがあったときに、どのようなふうに対応していくのか。どこら辺まで、治療というところがなされているのかなという実際面とかは、なかなかそれもわからないので、そういった面も教える機会があるといいかなと思っています。
- ・ 地域移行を支援をする中での連絡会みたいなものがあるんです。そこで〇〇病院の方で医療観察の病棟ができたときに、その見学会をしていただくことができたので、そこに参加した者が、そこに参加できたことはすごく大きかったと言っていたので、そういう門戸を開いたような形での現場での実習研修みたいなものとかがあるといいな。
- ・ もう少し何か成功事例じゃないですけども、実際のそういう人が地域でちゃんと生活が送れて、今はすごくちゃんとやっているんだよという姿を見られる機会などが増えた方が、より身近に地域と一緒にやっているんだよ、そういう人はというよ。もっと一般のほかの事業所の人なんかも、我々なんかもそれを後押しするように大丈夫だよというふうに伝えていかないと、やっぱり踏み切れないんじゃないかなというふうには思います。
- ・ もしそれが本当にいい形で彼が社会で活躍していくことができれば成功事例として伝えていったりとか、彼自身が本当は伝えられるともっといいだろうなと思うんですけども。そういう人たちが実際に出てきてほしいなと思います。そうすると、少し受け入れる側の意識や見方も変わるのかなという気はします。精神障害のある人は別に医療観察じゃなくても、今は当事者の方が自分で結構出るようになってきてくれているので、それだけでもずいぶん今は変わってきているんだと思うので。そういう形で1度そういう事件、事故を起こしているけれども、社会で復帰して頑張ることができるんだという、そういう当事者が出てくることを期待したいなという気がします。

【報酬等のインセンティブ】

- ・ グループホームとかあと医療機関とかそういう医療観察の方を見ると点数が高いです。でも、我々は一切変わらないですよ。ある意味ほかの方よりもケア会議も行いますし近所ではやれないし、そういう特定の医療機関ですし、神経を使う部分というのもやっぱりそれなりにあります。あとは、ほかの利用者さんとの調整もそういう中で何だか少ないなりにここでもあったりしましたし、そういったところはほかの方でもそれなりに神経を使わなきゃいけないところがあるので、うちに限らずこれから世の中で拒むところが実際にいっぱいあるので、そういったところを見ると多少なりともそういう気持ちを少し動く状況としては、そういう支援費に反映されるとか何かない限りは、おそらく普通に受け入れるということはかなり難しいのが現状じゃないかなと正直に思いますね。

- ・直接的なメリットとしては金銭面とかですかね。インセンティブみたいな、そういったものが何かあったりするともしかしたらもっと受け入れの事業所も増える可能性はあるのかなと思います。
- ・通所の受け入れをするとまたさらに加算があるとか、何かそういったものがあれば、あんまりそれ目的ってどうなのかなとは思いますが、でも受け入れの進み具合としてはもしかしたら進むのかなとは思いますがね。
- ・例えばもう1人雇うとか、そういうマンパワーの方がお金の上乘せ、個人にお金を上乘せされるよりも例えばその方がいるときは3人体制とか、いつも3人体制だけれども、4人体制になるとか、……。それよりももしそういう重い方であれば、安心というか保険の意味合いですよ。何かそういう方が、マンパワーの方がどちらかという職員の説得というかができるんじゃないかなとは思いますがね。
- ・現実問題でやはり報酬とか加算というのは、必要なことだと思います。ぜひ付けていただけたらありがたいです。
- ・(報酬加算が付くことで利用が進むということは)多分ないと思いますし、関係ないと思います。それでも受け入れられないということは受け入れられないでしょうし、受け入れるところは別に。加算型といえば3人前くらいもらえるなら積極的を受け入れるところも、もしかしたら企業系の作業所などであるかもしれませんが、そんなにはインセンティブにはならないと思います。

【社会復帰調整官等の支援者の熱意】

- ・絶対に1つは、ワーカーさんがどれだけ熱意を持ってくれるかということで、ここに来た方は〇〇病院のケースワーカーさんがとても熱い方でした。何度も足を運んでくれて、こういう人なんです、説明会をしますよということでみんなにも丁寧に説明してくれたし、私、今後もずっとかかわっていきますのでということで、この人だったら一緒にやれるなというのがありました。調整官の方もそうですね。やっぱり丁寧なきめ細やかさがあって、その人たちだったら受け入れられるなという安心感がありました。それがないとたぶん受け入れは難しいかもしれません。それはすごく大事だと思います。
- ・調整官の方がしっかりとやっていただけて、引き継いでいただければ、こちらも安心して受け入れることができる。そう考えると調整官かな。そういう橋渡しというか、そういったことをしっかりとやっていただければ、こちらとしてもそういうことであれば、じゃあ、というふうになると思います。

【責任の分散化】

- ・僕が個人的に思っているのは、悪い意味じゃないんですけども、責任の分散というか、調整官はいずれ離れていくわけですので、その辺の連携がしっかりと調整官

がいる間に引き継いでいっていただきたいというのが、1つの施設で抱えるというのは、もちろん本人の方はすごく落ち着いていらっしゃるかもしれないけれども、ことの重大さみたいなものを考えると、なかなか受け入れるというのは難しいのかなと。

- ・関係機関の連携は大事かと思います。作業所だけで抱え込むっていうことは難しいので。その連携できるという安心感がスタッフにもあれば、受け入れは広まっていくかなあ、という気はします。

【多機関支援チームの形成】

- ・本当に職員全員でお会いしにいたりとか、ちょっと作業を一緒にやらせていただいたりとか、そういったことで職員と一緒にやっというチームワークみたいなものとかをできればいいかなとは思いますがね。
- ・急な時にすぐ電話して、パッと対応できる、そういうこともやっぱり通常作業していると、仕事しているとそういうことも担保にあると安心できると思うので。急にパッと電話して「あ、ここだね」とできる関係性というのでしょうか。カンファレンスもちろん必要なことではあるんですけど、それ以外に。
- ・医観法の（関係者の）方は最初の導入の時は1日一緒に体験というか、一緒に来てくださることがあったんですが、経過を追って作業の状況とかやっという環境を定期的に見てくださると、情報の共有もしやすいです。今はどうしても会うときって会議の場面になっちゃうので……。医観法の（関係者の）方も一緒に作業に入ってもらって、一緒に真夏の暑い日に汗を流してお茶を飲みながら話すとかたぶんもっと本音が出るだけでも違うなど。がちがちじゃなくて、3か月に一遍だったらケア会議みたいな形で一緒に入ってもらって。そうするとまた違ったかわりだったりとかフォローができますし、私たちもたぶん同じ釜の飯じゃないですけど、調整官の人と一緒にもっとかかわりが密にできるのかなと思いますね。
- ・医療と本来の福祉の垣根をなくすために、本来はP S Wができたと思うんですけども、……。だから本来は医療側では出す役割があって、地域側でフィールドとしては社会資源としてきちんと受け皿をつくっていくというのがミッションだと思うんですけども、そのあたりが一体で考えられるような形がビジョンとして出てきたり、打ち出せたりできるというのになという。……。

【その人を見るという姿勢】

- ・難しいですが、イメージで捉えないというところです。とにかく会って話をして様子を見て、その先にある危険性も踏まえた上で今後どのようにしていくかの組み立てができるかどうかで判断するということです。
- ・施設で一番思うのは、管理できないがゆえに、ほかの利用者さんに影響したらどう

するんだとか、どうしようというのがやっぱり不安で先に立っちゃうんでしょうね。ただ今回の受け入れをやって一番わかったのは、その人がそういうことに至ってしまった背景がよくわかって、あ、そりゃそうなりますよねというような、そこは理解できたんですよ。うちの(非常勤職員)が理解できたので。なので、だったら受けようかと。だから何もしないで断るのはよくないと思いますね。聞いてみて、これはだめだと思ったらそれはしょうがないと思いますけれども、だけど聞いてみて、これちょっとでもいけるんじゃないかなと思ったら、受けてみてもいいんじゃないかなとは思っています。

3) インタビューガイド

障害福祉サービス事業所における医療観察法対象者の 受け入れ促進に向けたヒアリング調査 インタビューガイド

1. 趣旨(目的)

心神喪失者等医療観察法対象者(以下、「法対象者」)の受け入れを行っている日中活動系の障害福祉サービス事業者を対象としてヒアリング調査を実施し、聞き取った内容の分析を通して法対象者の受け入れにおける促進因子(阻害因子)を抽出することにより、障害福祉サービス事業者に対して法対象者の障害特性等についての理解を深め、受け入れを促進してもらうためのノウハウや普及啓発に関するツール(手引書)の開発の素材とします。

2. 対象

法対象者の受け入れを行っている東京都内の日中活動系の障害福祉サービス事業者の方々を対象としています。

3. 調査方法

本調査事業実施担当者において事業所への訪問による聞き取りをいたします。
聞き取り時間は1時間を目安といたします。

4. 倫理的配慮

ヒアリング調査の際にご発言はICレコーダーに録音をさせていただきますが、発言者が特定されるような使用や公表をすることはありません。また、本事業以外の目的に使用することもございません。

5. ヒアリングの内容

(1) 障害福祉サービス事業所の基本情報

- ①サービス種別
- ②職員の配置状況
- ③精神障害者の利用登録状況等

(2) 法対象者の受け入れを行った経緯

(3) 受け入れを行った理由

(4) 実際に受け入れるにあたって工夫したこと

(5) 実際に受け入れてみて苦労したこと、良かったこと

(6) 今後、受け入れが広がっていくために必要な条件

(障害福祉サービス報酬、支援体制、研修など)

以上

厚生労働省 平成29年度障害者総合福祉推進事業

医療観察法対象者における障害福祉サービスの活用状況の
実態把握と受け入れを促進させるための方策に関する研究
報告書

平成30(2018)年3月 発行

発行 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

所在地 〒160-0015 東京都新宿区大京町23-3 四谷オーキッドビル7F
TEL.03-5366-3152 FAX.03-5366-2993
E-Mail : office@japsw.or.jp URL : <http://www.japsw.or.jp/>

