

平成 21 年度障害者保健福祉推進事業
(障害者自立支援調査研究プロジェクト)

心神喪失者等医療観察制度における
地域処遇体制基盤構築に関する
調査研究事業 報告書

平成 22 (2010) 年 3 月



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等に関する法律」（以下「医療観察法」とする）は、平成15年7月16日に成立し、2年の準備期間を経て平成17年7月15日より施行された。施行から5年目を迎え、医療観察法における最大の焦点は、法対象者の地域社会における処遇をいかに円滑に進めるかということに当てられている。

地域社会における処遇（以下「地域処遇」とする）は、医療観察法施行時に法務省保護局と厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部の共管により定められた「地域社会における処遇ガイドライン」に基づき進められている。地域処遇の展開の前提は、保護観察所の社会復帰調整官をコーディネーターとして、指定通院医療機関、行政機関、障害福祉サービス事業者等の通常の精神保健福祉関係機関が連携を深めることにあるのだが、各都道府県の実態を見渡すと、必ずしも連携体制が円滑に行われていない地域が散見される。

本協会は、今年度、厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部の「平成21年度障害者保健福祉推進事業（障害者自立支援調査研究プロジェクト）」として「心神喪失者等医療観察制度における地域処遇体制基盤構築に関する調査研究事業」を実施した。

本報告書は、地域処遇の実施にあたり、各地における地域精神保健福祉システムと医療観察制度との関係性が地域処遇体制の基盤となることから、都道府県における地域処遇の実態を確認し、その推進の隘路となっている課題を明らかにすること、有効な地域処遇基盤構築の方策を導き出すために都道府県に対する基礎的調査、都道府県担当者へのヒアリング、保護観察所の社会復帰調整官に対するヒアリング、障害福祉サービス事業者等に対するヒアリングといった一連の調査を行い、それらを通じて得られた知見を中心にまとめたものである。

本報告書が、医療観察法の理念である対象者の社会復帰の促進の一助となり、「入院中心から地域生活中心へ」という現在の精神保健医療福祉のビジョンが医療観察制度の対象者にも当然のごとく指し向けられることを願っている。

平成22年3月
社団法人日本精神保健福祉士協会

**心神喪失者等医療観察制度における
地域処遇体制基盤構築に関する調査研究事業
報告書**

目 次

■第1章	はじめに	
1	本調査研究事業の目的	1
2	本調査研究事業の実施方法	2
■第2章	医療観察法地域処遇の現状と課題	
第1節	地域社会における処遇の概要	5
第2節	地域処遇の現状と課題	6
■第3章	医療観察法地域処遇体制強化事業の概要と自治体の取り組み	
第1節	医療観察法に基づく医療及び地域処遇の概要と医療 観察法地域処遇体制強化事業のポイントについて	8
第2節	都道府県における地域処遇の取り組み状況	16
■第4章	医療観察法地域処遇体制の実際～聞き取り調査報告～	
第1節	保護観察所・社会復帰調整官に聞く地域処遇体制の現状と課題	30
第2節	障害福祉サービス事業所担当者に聞く地域処遇体制の現状と課題	46
第3節	北海道道東地区のダブル・マネージャー・システムに関する聞き取り	60
■第5章	円滑な地域処遇の推進のために（提言）	66
■研修会資料		72
■資料		165

■第1章 はじめに

1 本調査研究事業の目的

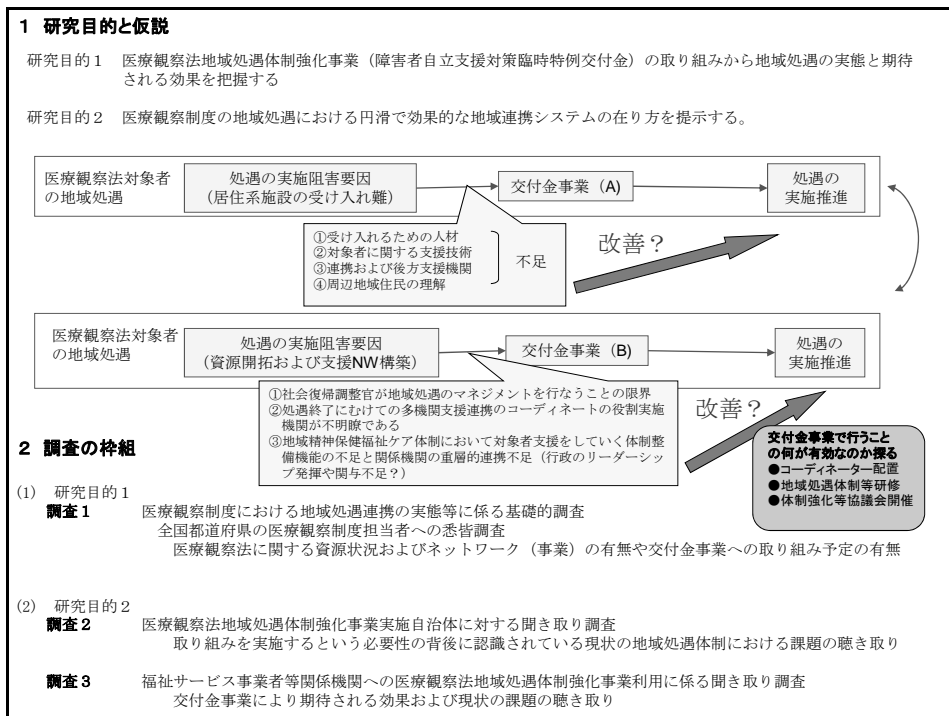
「心神喪失等の状態で重大な他害行為をした者の医療及び観察等に関する法律」(以下「医療観察法」という。)が2005年7月に施行され2009年度には5年目を迎えることとなった。医療観察法対象者の社会復帰促進の観点からは、入院処遇から通院処遇への円滑な移行や通院処遇中の地域支援体制の確保及び充実強化がますます重要な課題となっている。しかしながら、現状では地域における居住資源の整備や支援システムの機能が十分とは言い難い。

2009年4月からは、障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス報酬改定により、医療観察法の通院決定対象者の居住系サービス利用に対する地域生活移行個別支援加算が新設され、今後の居住系サービス事業者の支援関与の促進が期待される。しかし、こうした資源が不足していることは否めず、資源開拓をはじめ医療観察法対象者の支援に求められている継続的かつ包括的なケアシステムの早急な整備が必要である。

また、2009年度から障害者自立支援対策臨時特例交付金により医療観察法地域処遇体制強化事業(医療観察法地域処遇体制基盤構築事業、障害福祉施設等入所時支援事業)がメニュー化され、各自治体における活用が期待される。

本調査研究事業では、地域内における精神保健福祉センター、保健所、市町村等の公的機関と精神障害者を対象とする福祉サービス事業者、指定通院施設等の連携の在り方について、調査研究を行うこととした。特に医療観察法処遇終了時に、地域精神保健福祉支援体制にスムーズに移行することを目指し、普及啓発及び資源開拓等を含む体制コーディネートの機能に着目して、円滑で効果的な連携システムの在り方を提示することを目的とした(図1参照)。

図1 調査研究事業の目的と仮説及び調査の枠組み



2 本調査研究事業の実施方法

1) 企画検討会の設置

本事業の実施にあたっては、学識者、自治体職員、社会復帰調整官、地域支援関係者等で構成する企画検討会を3回開催し、事業実施体制の企画及び調査等の具体的内容の検討等を行うこととした。

- 第1回企画検討会：2009年9月30日、会場・NATURAC会議室
- 第2回企画検討会：2009年12月7日、会場・NATURAC会議室
- 第3回企画検討会：2010年2月16日、会場・社団法人日本精神保健福祉士協会事務局

2) 基礎的調査及び聞き取り調査の実施

本調査研究事業では、図1で示しているように研究目的を大きく2つに分けて以下の調査を実施することとした。

(1) 調査1 医療観察制度における地域処遇連携の実態に係る基礎的調査

- ① 調査目的：医療観察制度の地域処遇連携のネットワークシステム及び、地域処遇関係機関の基盤構築を図ることを目的に創設された「医療観察法地域処遇体制強化事業」（障害者自立支援対策臨時特例交付金）の実施に関するアンケート調査（郵送）を行い、都道府県の地域処遇連携状況と事業の実施及び概況を確認把握する。
- ② 調査方法：郵送によるアンケート調査（悉皆）
- ③ 調査対象：47都道府県の精神保健福祉担当課の医療観察制度担当者
- ④ 実施時期：2009年7月
- ⑤ 回収方法：郵送または電子メールによる回収

(2) 調査2-1 医療観察法地域処遇体制強化事業実施自治体に対する聞き取り調査

- ① 調査目的：障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業として創設された「医療観察法地域処遇体制強化事業」について、地域処遇体制の現状と課題等について聞き取ることにより、より円滑で効果的な連携システムの在り方を導き出す。
- ② 調査方法：訪問または電話による聞き取り調査
- ③ 調査対象：東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課医療係（2010年度より事業実施予定）、兵庫県障害保健福祉部障害福祉課精神医療係（2009年度より実施）
- ④ 実施時期：2010年2月1日（東京都、訪問による聞き取り）、3月12日（兵庫県、電話による聞き取り）

(3) 調査2-2 保護観察所社会復帰調整官に対する聞き取り調査

本調査研究事業の企画検討会での検討を踏まえ、当初予定していた調査2-1における自治体への聞き取り調査に加え、医療観察法地域処遇のコーディネート機能をもつ社会復帰調整官を対

象とした聞き取り調査を実施することとした。

- ① 調査目的：「医療観察法地域処遇体制強化事業」について、実施予定がある都道府県と実施予定のない都道府県を各3か所選定し、保護観察所の社会復帰調整官を対象として地域処遇体制の現状と課題等について聞き取ることにより、より円滑で効果的な連携システムの在り方を導き出す。
- ② 調査方法：対象となる保護観察所への訪問による聞き取り
- ③ 調査対象：事業取り組み予定のある愛知県、大阪府、和歌山県に所在する保護観察所の社会復帰調整官。取り組み予定のない新潟県、神奈川県、熊本県に所在する保護観察所の社会復帰調整官。更生保護協会の所管事業として日本地域司法精神保健福祉研究会のモデル地区である北海道道東地区の釧路保護観察所の社会復帰調整官。
- ④ 実施時期：2009年10月7日（釧路保護観察所）、10月19日（大阪保護観察所）、10月29日（熊本保護観察所）、11月4日（横浜保護観察所）、11月9日（和歌山保護観察所）、11月16日（名古屋保護観察所）、11月24日（新潟保護観察所）

（4）調査3 福祉サービス事業者等関係機関への医療観察法地域処遇体制強化事業利用に係る聞き取り調査

- ① 調査目的：「医療観察法地域処遇体制強化事業」について、実施予定がある都道府県と実施予定のない都道府県を選定し、その地域において医療観察法対象者の受け入れをしている障害福祉サービス事業者等を対象として地域処遇体制の現状と課題等について聞き取ることにより、より円滑で効果的な連携システムの在り方を導き出す。
- ② 調査方法：対象となる障害福祉サービス事業所等への訪問による聞き取り
- ③ 調査対象：医療法人豊和会・生活訓練施設ビブレ（愛知県豊田市）、社会福祉法人晴真会・米山自在館（生活訓練施設、新潟県柏崎市）、社会福祉法人北の大地・サポートネット北見（精神障害者生活支援センター、北海道北見市）、医療法人清水桜ヶ丘病院・生活訓練施設桜の園（北海道釧路市）、特定非営利活動法人十勝障がい者支援センター（グループホーム運営、北海道帯広市）
- ④ 実施時期：2009年12月25日（生活訓練施設ビブレ）、2009年1月7日（米山自在館）、1月12日（サポートネット北見）、1月13日（生活訓練施設桜の園、十勝障害者サポートネット）

3）医療観察法地域処遇に係る研修会の開催

医療観察制度対象者の社会復帰の促進の観点や、誰も排除しない地域社会の創設（ソーシャルインクルージョン）の観点からは、対象者の主体性を基本とした地域生活支援の在り方が制度全体に影響を与えるといたっても過言ではない。

しかしながら、医療観察制度が精神保健医療福祉領域の関係者に十分に周知されていないことも否定できない状況にあることから、医療観察制度における地域処遇の実際を学ぶ機会を提供するとともに、研修参加者から地域処遇に関する課題を聴取し、本調査研究事業の報告に反映させることを目的として、以下の通り研修会を2回開催することとした（詳細は、研修会資料参照）。

- ① 研修名称：「ソーシャルインクルージョンを目指して～医療観察制度における地域処遇推進のための支援者研修～」
- ② 日程及び会場：2010年2月12日(金)～13日(土)
会場・愛知県産業労働センター12F 会議室
2010年2月22日(月)～23日(火)
会場・岡山国際交流センター2F 国際会議場
- ③ 研修対象者：医療観察制度に実際に関与している精神保健福祉士、及び医療観察制度に関心のある精神保健福祉士及び精神保健医療福祉関係者等

3 調査の取りまとめと報告書の作成

以上の自治体に対する基礎調査及び自治体及び保護観察所、障害福祉サービス事業所等への聞き取り調査の内容を取りまとめ、医療観察制度の地域処遇にかかわるすべての機関、職員の参考となるような知見について報告書として作成した。

■第2章 医療観察法地域処遇の現状と課題

第1節 地域社会における処遇の概要

医療観察法では、裁判所の決定によって指定通院医療機関による医療を受けることを対象者に義務付けるとともに、継続的な通院医療の確保等を行うため、保護観察所による精神保健観察が付される。医療観察法では精神保健観察は、対象者に社会復帰調整官による居宅の訪問面接や保護観察所への出頭に応じることを遵守する義務を課し、適当な接触を保つなどして、対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活の状況を見守ることや必要な指導を行うことにより実施されるとしている。

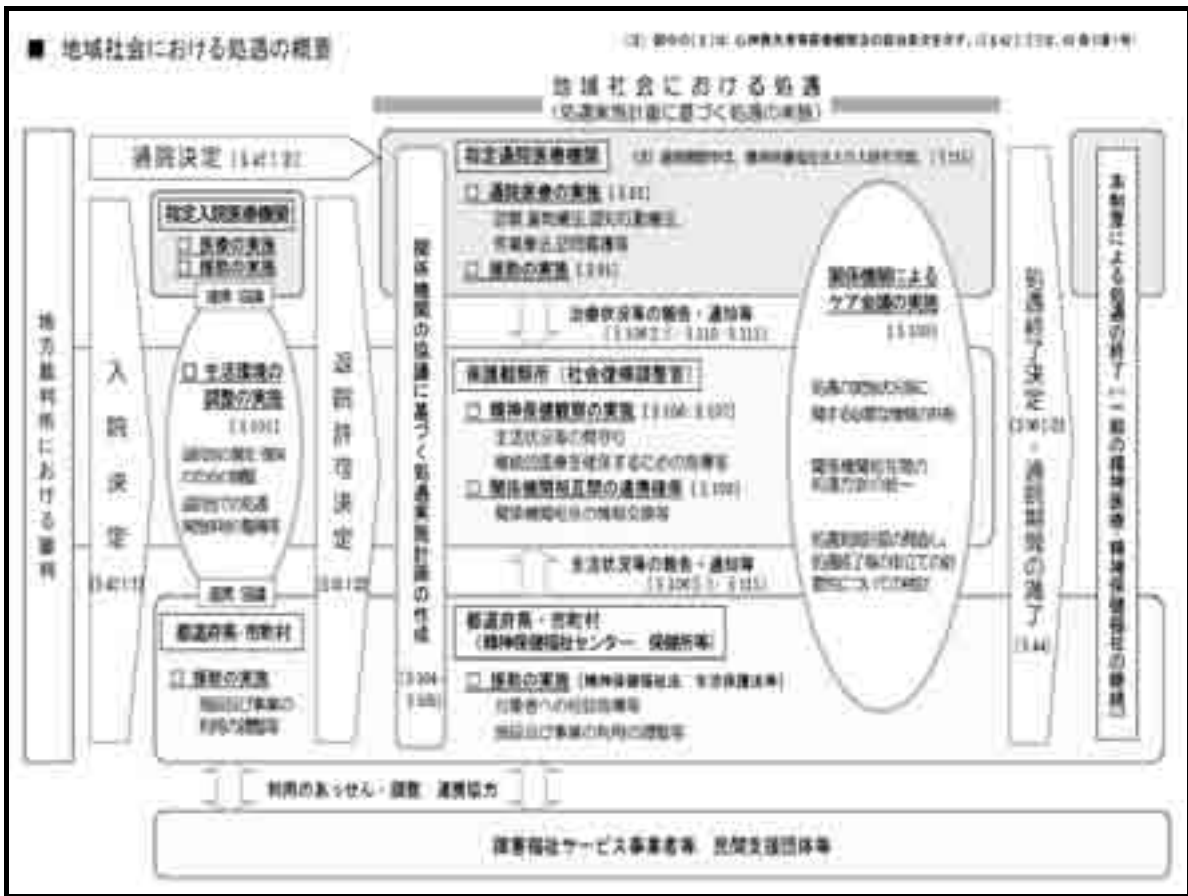
また、保護観察所の長は、通院者について、指定通院医療機関の管理者、都道府県知事及び市町村長と協議の上、その処遇に関する実施計画を定めることとされ、関係機関は当該実施計画に基づいて処遇を行なうことが義務付けられている。保護観察所の長は、医療観察法の医療、精神保健観察、指定医療機関による援助及び精神保健福祉関係法令の規定に基づく援助が、処遇に関する実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう、あらかじめ協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならないこととされている。

医療観察法に基づく地域社会における処遇（以下、「地域処遇」とする。）の実際の運用については、2005年7月15日に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り示された「地域社会における処遇のガイドライン（以下、「ガイドライン」とする。）」を基本として実施することとされている。ガイドラインは、地域処遇に携わる者が、本制度に関する基本的な事項や処遇に対する考え方を共有することにより、全国的に統一かつ効果的に本制度による処遇が行われることを目的としている。また、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も、ガイドラインの趣旨として示されているところである。

保護観察所は、地域処遇に携わる関係機関が、対象者に関する必要な情報を共有し、処遇方針の統一を図るほか、処遇実施計画の見直しや各種申立ての必要性等について検討するため、定期的又は必要に応じ、ケア会議を開催する。実際のケア会議は、当該対象者自身が参加することを基本として、社会復帰社会復帰調整官が調整のうえ、処遇に携わる指定通院医療機関、都道府県（保健所等）、市町村（障害福祉課等）、障害福祉サービス事業所（旧体系の精神障害者社会復帰施設も含む）等の関係者が参加して、必要に応じて開催されおり、計画に基づく継続かつ総合的なケアの提供が図られている。

処遇実施計画書は、ケア会議における関係機関との協議に基づき、医療、精神保健観察、援助等、ケア会議の予定、病状急変時緊急時の対応、その他処遇にあたっての留意事項、について具体的な計画が作成される。その際には、対象者に計画書の内容を懇切丁寧に説明して、同意を得るように努めることとされている。

図2 地域社会における処遇の概要



第2節 地域処遇の現状と課題

1. 精神保健観察の運用状況

2008年12月現在における精神保健観察の運用状況としては、これまでに退院許可が215人、通院決定が235人となっており、計450人が受理されている。このうち、すでに処遇終了となった者が58人、期間満了が8人、入院が4人であり、380人が精神保健観察の対象となっている。

同じ時点での入院決定の累計が746件であり、当初審判における通院決定も法対象者の4分の1近くを占めることから、当面は精神保健観察の対象者が増えていくこととなる。

2. 社会復帰調整官の配置状況

各法施行時には56人の配置からスタートした社会復帰調整官は、その後少しずつ増員が図られ、2009年度現在では98人の配置となっている。また、2010年度には14人の増員が予定されている。

増員は図られてきたものの、未だ社会復帰調整官が複数配置となっていない保護観察所もある。所管地域での対象者数には保護観察所によって当然ながらバラつきがあるが、単数配置の解消は大きな課題の一つである。また社会復帰調整官は、精神保健観察以外にも、処遇決定前の生活環境調査、入院中の対象者の生活環境調整といった業務を担っており、法に沿った処遇のプロセスに一貫

してかわりを持つ唯一の専門職である。1人の社会復帰調整官の担当数が10人を超えると業務上の支障が生じるといわれており、適正なケースロードを保つことで、法の目的である対象者の社会復帰の促進が図られる必要がある。

3. 地域処遇におけるいくつかの課題

1) 指定入院医療機関からの地域移行における課題

入院決定を受けた対象者に対しては、入院中に社会復帰調整官が生活環境調整を行い、退院後の住居等の確保を経て、退院許可の申立てが行われる。住居の確保は、入院前の居住地を中心とした調整を原則としているが、実際には居住予定地の確保が困難な対象者もいる。具体的には、家族の協力が得られない対象者、放火により自宅を焼失した対象者、入院前に住居不定であった対象者などである。また、帰住地調整が困難な場合の理由としては、家族が被害者であることが多いこと、対象者に対する先入観や知的障害や人格・行動障害、精神作用物質性障害などの障害を重複していることから居住系の障害福祉サービス事業者等が受け入れに消極的であること、などがあげられる。また、賃貸住居の単身入居を調整する際にも、家族の協力が得られず保証人の確保が難しかったり、そもそも単身生活が困難であったりという理由で帰住地調整が困難になることも生じている。

指定入院医療機関の整備が遅れていることも、対象者の地域移行の障壁となっている。入院先と居住予定地が遠隔となりがちであることから、住居の調整や居住予定地の福祉サービス等の利用調整、外泊訓練といった退院前の準備に要する時間と労力は非常に大きい。

2) 関係機関等の理解・協力の不足

都道府県レベルにおいても市町村レベルにおいても、地方自治体の医療観察制度への協力・連携の程度に相当の温度差が生じている。昨年度、本協会が障害保健福祉調査研究プロジェクトとして実施した「心神喪失者等医療観察制度における地域処遇推進のための関係機関連携に係る試行的実践事業」で調査対象とした東京都は、担当主幹課による対象者の処遇状況の全数把握、3か所の精神保健福祉センターによるケア会議への参加も含めた広域支援が実施されており、保健所や市町村におけるサービス提供と相まって重層的な支援体制を構築しているが、このような都道府県レベルでの積極的な関与はむしろ少ない。地域処遇は、精神保健福祉法に基づく精神保健福祉サービスを基盤として実施することとされているが、県によっては担当主管課として状況把握をしていない自治体や、精神保健福祉センターの関与がほとんどない自治体も散見される。法制度上の都道府県の位置づけの曖昧さが影響していると考えられる。

また、市町村レベルにおいても協力を難色を示す自治体が存在する。障害福祉サービス事業者等においても、指定入院医療機関からの地域移行の場合と同様に、利用の受け入れに消極的な場合がある。このことは、対象者の処遇に対するいわゆる「責任」の所在が曖昧となっていることに加え、医療観察制度や対象者に対する一部の誤解や偏見、「対象行為」に対する支援者側の感情レベルの未整理が大きく影響していると考えられる。そのため、関係機関や地域社会に対する積極的な情報提供や啓発活動が必要とされている。

3) 地域差による標準的な体制整備モデル提示の困難性

対象者が多い大都市部と少ない地域、保護観察所が所管する地域内の移動アクセスや対象面積の差、現状の地域精神保健福祉システムの差などから、地域処遇の体制整備にあたっては、標準的なモデルを提示することが難しい現状がある。

■第3章 医療観察法地域処遇体制強化事業の概要と自治体の取り組み

第1節 医療観察法に基づく医療及び地域処遇の概要と医療観察法地域処遇体制強化事業のポイントについて

1 医療観察法に基づく医療の概要

1) 処遇決定の概要と決定状況

医療観察法では、心神喪失又は心神耗弱の状態で大なる他害行為を行い、不起訴処分となるか無罪等が確定した者に対して、検察官による医療観察法により医療及び観察を受けさせるべきかどうかを地方裁判所に申立てがなされると、医療観察法に基づく鑑定を行う医療機関での入院等が行われるとともに、裁判官と精神保健審判員（必要な学識経験を有する医師）の各1名からなる合議体による審判で、本制度による処遇の要否とその内容の決定が行われる。

これら決定状況については、制度施行から平成21年3月1日までの累計で、入院決定が799件、通院決定が244件、不処遇決定が224件、申立却下が44件となっており、総決定数は1,311である(図2)。

図3 医療観察法の申立等の状況



2) 医療観察法に基づく入院医療

審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた者は、厚生労働大臣が指定する指定入院医療機関において、「入院処遇ガイドライン(平成17年7月14日障精発0714002号)」に基づく専門的な医療プログラムを受け、社会復帰の早期実現に向けた取り組みが行われる。

指定入院医療機関については、全国で720床程度(予備病床を含め800床程度)の整備目標の下に、国、都道府県、独立行政法人通則法に基づく特定独立行政法人、地方独立行政法人法に基づく特定地方独立行政法人が開設する病院で行うことが医療観察法第16条1項において規定され、これまで国関係として、国立精神・神経センター及び国立病院機構が設置する精神科専門医療機関において13箇所(386床)の整備を、都道府県関係で5つの自治体で63床の整備が行われている(いずれも平成21年8月4日現在)。

法に基づく入院医療においては、急性期・回復期・社会復帰期の三段階のステージ分類の下、多職種チームによる評価と治療到達目標の設定が行われ、これら目標に応じた客観性と透明性の高い治療が実施される。

また、治療結果については治療評価会議等において厳密な評価が行われるなど、臨床データの蓄積に基づいた質の高い精神医療が提供される。

各治療ステージにおける治療内容は、急性期においては、当面の初期治療の実施と同時に初期評価に基づく治療プログラムが治療評価会議等を通じて立案され、法対象者を含めた関係者間での共有化が図られる。

回復期に入ると、病識の獲得や外出訓練を通じた病状評価・生活能力の評価など治療プログラムが本格化し、これら治療課題が達成されると社会復帰期へステージ移行する。

社会復帰期においては、服薬管理、金銭管理などの退院後の生活を見据えた課題や社会復帰後の療養の具体的な計画が立案され、退院に備えた外泊の実施が大きな課題となるため、帰住地における受診予定の指定通院医療機関や援助関係機関との連携確保が重要となる。

これら各ステージの目標課題が順次達成されると、指定入院医療機関の管理者から退院の申立がなされ審判の裁定を経て退院となる。

3) 医療観察法の入院対象者の状況

平成21年3月1日現在の入院対象者の状況は次のとおりである。

精神科主病名に関しては、F2(統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害)が最も多く、次いで、F1(精神作用物質使用による精神および行動の障害)、F3(気分(感情)障害)、F8(心理的発達の障害)の順である。

図4 医療観察法の入院対象者の状況(1)

■疾病別(主)、男女別内訳		(H21.3.1現在)	
		男性	女性
F0	症状性を含む器質性精神障害	7名	2名
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害	27名	1名
F2	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	345名	76名
F3	気分(感情)障害	10名	9名
F4	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	2名	0名
F6	成人のパーソナリティおよび行動の障害	2名	2名
F7	精神遅滞[知的障害]	4名	0名
F8	心理的発達障害	6名	0名
F9	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害、特定不能の精神障害	1名	0名
F99	特定不能の精神障害	1名	0名

※疾病名は指定入院医療機関による診断(主病名)
 ※国際疾病分類第10版訂版(WHO10版)に基づいて分類 (医療観察法医療体制整備推進室調べ)

精神科副病名に関しては、F7(精神遅滞(知的障害))が最も多く、次いで、F2(統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害)、F6(成人のパーソナリティおよび行動の障害)の順である。

図5 医療観察法の入院対象者の状況(2)

■疾病別(副)、男女別内訳		(H21.3.1現在)	
		男性	女性
F0	症状性を含む器質性精神障害	1名	1名
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害	6名	1名
F2	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	10名	1名
F3	気分(感情)障害	0名	1名
F6	成人のパーソナリティおよび行動の障害	8名	0名
F7	精神遅滞[知的障害]	23名	4名
F8	心理的発達障害	6名	1名

※疾病名は指定入院医療機関による診断(副病名)
 ※国際疾病分類第10版訂版(WHO10版)に基づいて分類

■ステージ別内訳	
急性期	119名
回復期	205名
社会復帰期	171名

入院地滞り急性期→月、回復期→月、社会復帰期→月の
 統計18ヵ月以内を想定している(症状の軽・重および年齢等別)
 (医療観察法医療体制整備推進室調べ)

2 医療観察法に基づく地域処遇

1) 地域処遇の現状と課題

医療観察法の通院による医療の決定（入院によらない医療を受けさせる旨の決定）を受けた者及び退院を許可された者については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に沿って、原則として3年間、厚生労働大臣が指定した医療機関（指定通院医療機関）において、「通院処遇ガイドライン(平成17年7月14日障精発0714002号)」に基づく専門的な医療プログラムを受けることになるが、1つの専門施設において完結する入院医療と異なり、保健・医療・福祉領域すべてを含む地域処遇体制の中で提供されるところに特徴があり、具体的には、「地域社会における処遇のガイドライン(平成17年7月14日障精発0714003号)」に基づいて、①指定通院医療機関による医療、②保護観察所による精神保健観察、③都道府県・市町村等による自立支援法、精神保健福祉法等に基づく必要な援助の提供の3つの要素がそれぞれ有機的に連携しながら、法対象者や家族の意向に沿ったきめ細やかな処遇が行われる。

法対象者が利用できる保健・医療・福祉サービスについて、図4に示す。

図6 法対象者が利用できる保健・医療・福祉サービス



法対象者の地域移行を促進し、地域での生活が継続できるような形にしていくためには、地

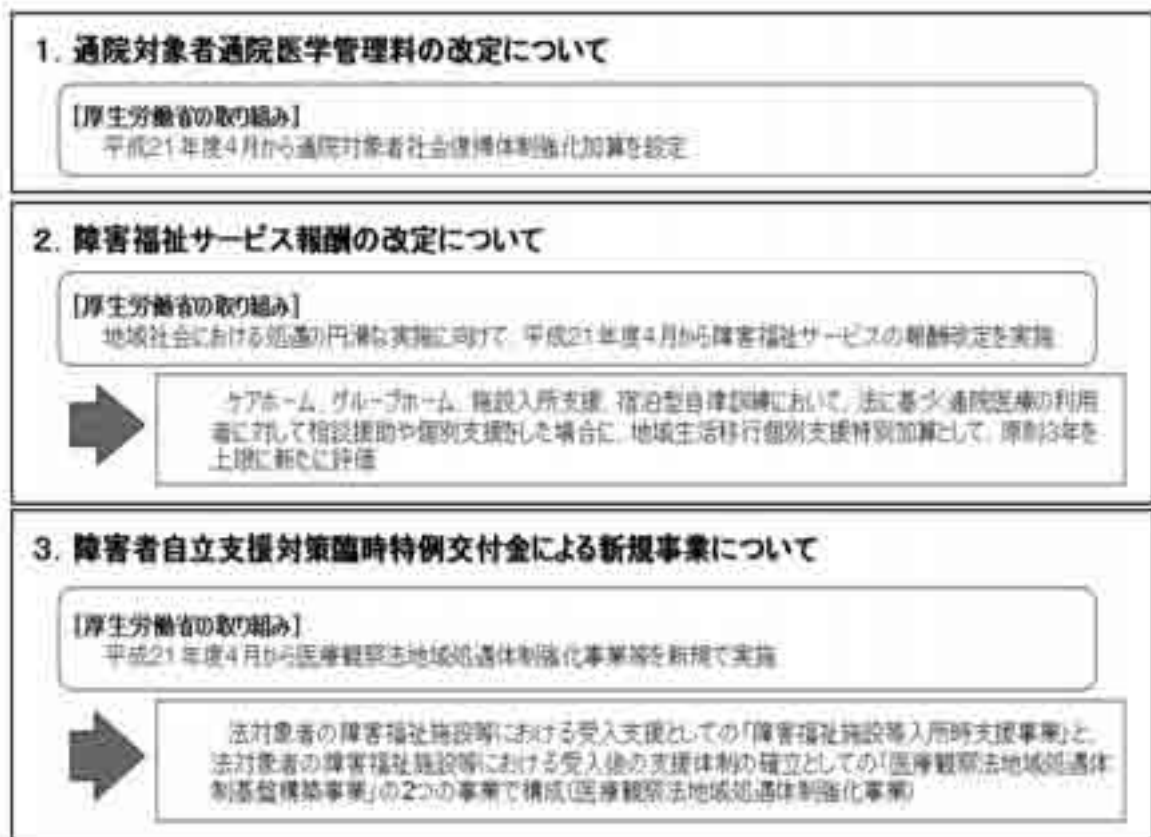
域ケア体制の確立が必要であるが、他害行為の被害者がしばしば家族や隣人であるため、家族の下に帰ったり、家族の近くに住居を定めたりする法対象者は少ない傾向が見られるといった「居住地の問題」や、都道府県の多くで、保護観察所が1箇所しかないという地理的状況や、地域処遇全体のコーディネーター役である社会復帰調整官が数的に十分でないといった「地域処遇の実施体制」の問題が指摘されている。

医療観察法が目的とする円滑な社会復帰の実現を図るためには、社会復帰調整官と指定通院医療機関の緊密な連携を軸にして、地域の保健所や精神保健福祉センター等の行政の担当者がこれに加わるという三位一体の通院処遇の連携体制に、障害福祉サービス事業者や地域の支援者が協力していくという形で法対象者や家族の意向に沿ったきめ細やかな地域ケアが、居住する地域において一体的に行われる必要があり、このためには精神保健福祉に携わる地域連携関係機関による地域ケア体制の確立が不可欠である。

2) 厚生労働省による新たな取り組みの実施

厚生労働省では、医療観察法の地域処遇体制の強化を図られるよう、平成21年4月から通院対象者通院医学管理料の改定や障害福祉サービス報酬改定並びに障害者自立支援対策臨時特例交付金による事業（医療観察法地域処遇体制強化事業等）による対応を実施しており、医療観察法の目的である継続的な医療の提供と社会復帰の促進に努めているところである。

図7 平成21年4月からの新たな取り組みについて



平成21年度の医療観察診療報酬改定において新設された通院対象者社会復帰連携体制強化

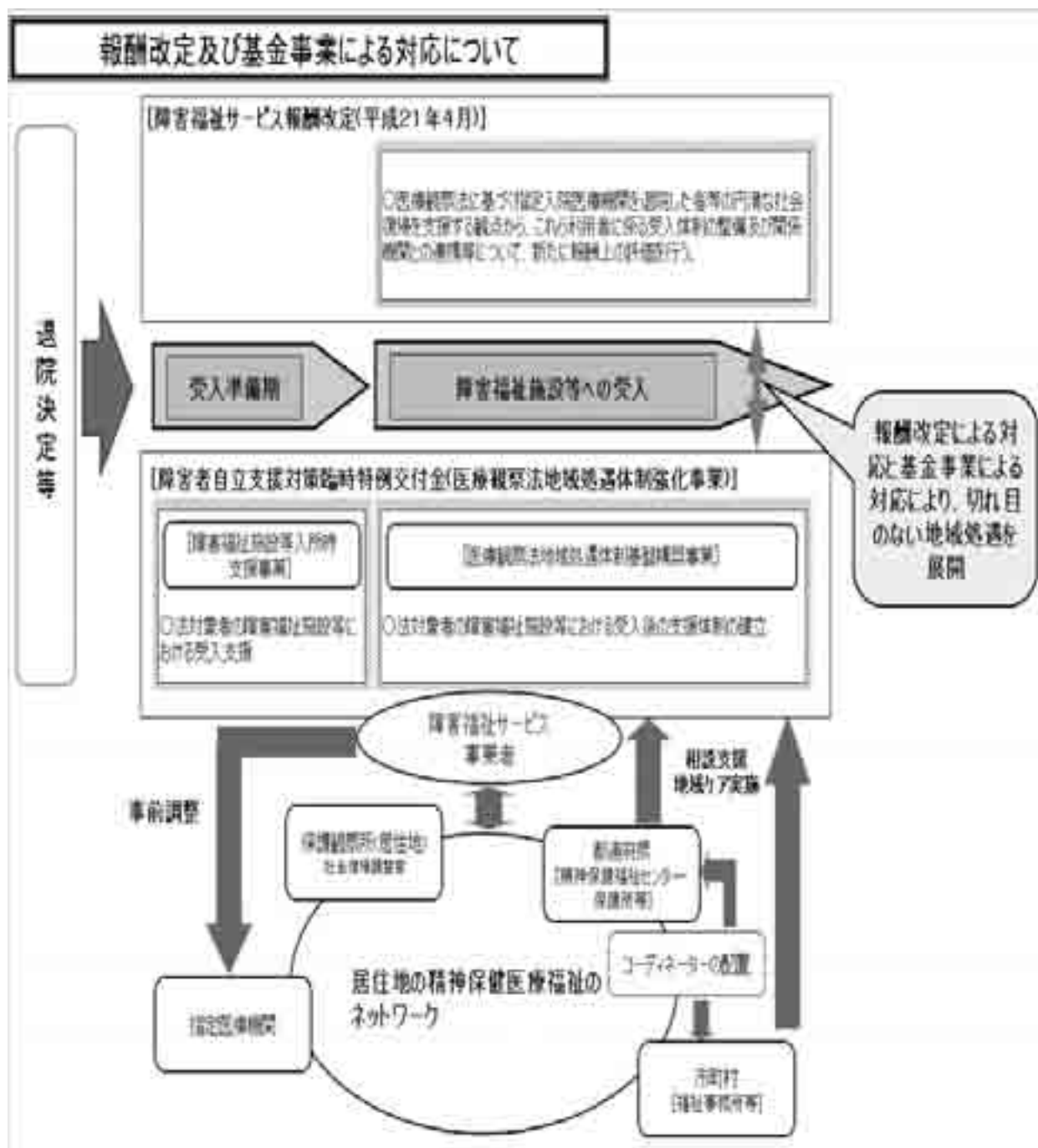
加算では、指定通院医療機関において作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者を専任で2名以上配置し、常時3名以上の対象者を受け入れる体制を確保している場合、各期の通院対象者通院医学管理料の点数に所定点数が加算されることとなった。

また、障害福祉サービス報酬改定においては、ケアホーム、グループホーム、施設入所支援、宿泊型自立訓練において、法に基づく通院医療の利用者に対して相談援助や個別支援をした場合に、地域生活移行個別支援特別加算として、原則3年を上限に新たに評価対象に挙げられた。

障害者自立支援対策臨時特例交付金による事業では、法対象者の障害福祉施設等における受入に向けたコーディネート機能の強化を柱とする「医療観察法地域処遇体制強化事業」と、法対象者の地域移行支援に必要な研修実施として「障害者地域移行促進強化事業」が組み込まれている。

特に、「医療観察法地域処遇体制強化事業」については、法対象者の障害福祉施設等における受入支援としての「障害福祉施設等入所時支援事業」と、法対象者の障害福祉施設等における受入後の支援体制の確立としての「医療観察法地域処遇体制基盤構築事業」の2つの事業で構成され、「障害福祉施設等入所時支援事業」では、当該家族及び入居法対象者等の居宅への訪問による相談援助、指定入院医療機関等との調整、障害福祉施設等における受入れ計画の策定や人員確保、既受入施設の視察等が、「医療観察法地域処遇体制基盤構築事業」では、地域処遇関係機関が行う家族や地域住民からの相談支援、地域処遇関係機関が行う訪問指導等の地域ケアの実施、処遇終了後の精神保健福祉サービス継続への調整・支援、コーディネーター配置による相談支援等、がメニュー項目として想定されており、それぞれ、10/10の補助割合で平成21年度から平成23年度までの3カ年事業として都道府県により実施されている。

図8 障害福祉サービス報酬改定及び基金事業による対応について



都道府県による医療観察法地域処遇体制強化事業の活用にあたっては、地域の実情や社会的資源に応じて個別に立案化されているところであるが(図7参照)、なかでもコーディネーターの配置という新たな試みについては、地域処遇の支援体制構築のために資するものと考えられる。

このため、医療的な視点に加えて行政、医療・福祉関係機関などとの重層的な関係づくりや専門的な地域生活支援など福祉的な視点を有する精神保健福祉士等の専門職種の役割が大いに期待されることである。

図9 都道府県による「医療観察法地域処遇体制強化事業」の活用意向
 —実施する予定の主な事業内容(抜粋)—

<p>1. 障害福祉施設等入所時支援事業</p> <p>【実施する予定の主な事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・障害福祉施設等への入所後の生活にかかる相談援助に対する費用の助成 ・精神保健福祉士等の福祉スタッフの確保に要する費用の助成 ・障害福祉施設等への入所を支援する事業を委託 ・対象者を受け入れた障害福祉施設等に対する定額の助成 ・家族又は指定入院医療機関への訪問による相談援助の費用の助成 ・対象者が入居するまでの一定期間の空室確保に要する費用の助成 等
<p>2. 医療観察法地域処遇体制基盤構築事業</p> <p>【実施する予定の主な事業内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・対象者受け入れ後の検討委員会の開催(医療機関・障害福祉施設・市町村・保健所等) ・社会復帰調整官との業務を整理した上で、サポート役のコーディネータを配置し、新たなネットワークづくりを行う ・訪問指導体制の基盤構築を図り、対象者の社会復帰を促進する ・地域関係機関・障害福祉施設等を対象とした研修会の開催 等

出典：平成20年度精神障害者社会復帰促進調査研究事業報告による

3 求められる地域処遇推進のための支援者

法対象者に対する地域処遇をより円滑に進めるためには、精神保健福祉に携わる地域支援者の協力の下に、地域処遇ガイドラインに基づく地域連携体制の基盤構築の充実を図ることが欠かせない。

特に、法対象者にとって、地域での生活は、入院のようにコントロールされた生活ではなく、常に刺激がある生活を開始することとなり、法対象者やこれを支える家族が心理的不安を抱えることから、地域の専門職種が連携しながら、これら問題を一緒に考え、解決していくことが大切となってくる。

また、医療観察法に基づく処遇終了後においては、一般精神医療福祉に引き継ぐ形となるが、法対象者にとっては、処遇終了後の生活の方が長い事例が多いことから、処遇が終了したと同時に、支援体制が崩れてしまわないよう、きめ細やかな地域支援体制を処遇終了前から築き上げていくことが肝要である。

このため、地域の保健所や精神保健福祉センター等の行政担当者、障害福祉サービス事業者や地域支援者などによる重層的な関係づくりに向けて、精神保健福祉士や臨床心理技術者等の専門職種が果たす役割は小さくはないと考えられる。

第2節 都道府県における地域処遇の取り組み状況

1 医療観察制度における地域処遇連携の実態に係る基礎的調査の結果

1) 調査内容

調査1として実施した「医療観察制度における地域処遇連携の実態に係る基礎的調査」は、以下の調査項目につき都道府県の医療観察制度担当者に回答してもらう方法を取った。

- ① 回答者の属性、連絡先
- ② 地域処遇連携のためのネットワーク（事業）の状況
 - ・ネットワークの有無
 - ・実施（運営）体制
 - ・ネットワークの現状と効果
 - ・自立支援協議会との関係
- ③ 地域処遇体制強化事業への取り組み状況
 - ・障害福祉施設等入所時支援事業
 - ・地域処遇体制基盤構築事業
- ④ 地域処遇の状況
 - ・対象者数
 - ・指定入院・通院医療機関数
 - ・保健所数
 - ・相談支援事業所数
 - ・地域処遇で利用できる社会資源

2) 集計結果の概要

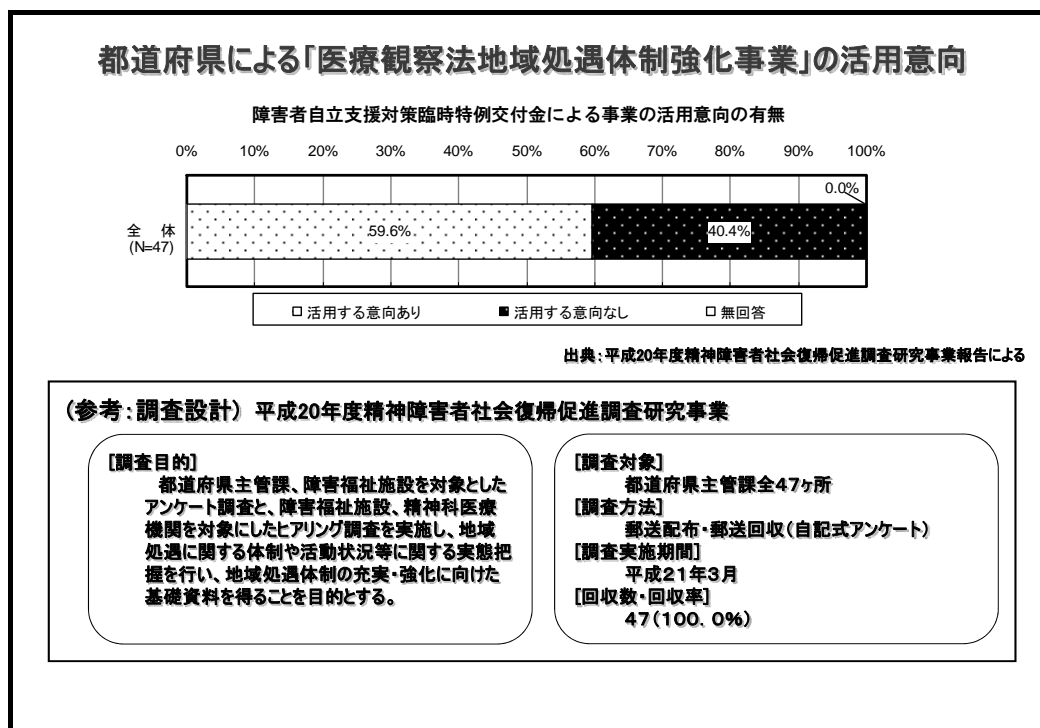
集計結果は、次頁以降の表1～表4に示しておく。なお、1か所未回答の自治体があった。

- ① 地域処遇連携のネットワーク（事業）の有無については、東京都のみが有りと回答し、他の都府県では特別な事業は行っていなかった。東京都における事業の内容としては、ア) 医療観察制度地域支援システム検討会(都精神保健・医療課主催)：参加機関は、保護観察所、精神保健福祉センター、都精神保健・医療課、内容は、都内における地域処遇の進捗状況の把握及び制度改正等の解釈・運用の検討、処遇ケースの事例検討、区市町村の関係機関の情報交換、イ) 司法精神医療福祉研究会(医療観察制度指定医療機関主催)：参加機関は、指定入院・通院医療機関、法務省担当部局、保護観察所、厚生労働省担当部局、東京都及び都内の医療・保健・福祉担当の行政機関、東京地裁他司法機関、職種は、医師、精神保健福祉士、看護師、臨床心理士、作業療法士、ほか。内容は、医療観察法の研修・研究、関係機関の実務担当者の連携、情報交換、が行われている。
- ② 地域処遇の対象者数は、大阪府、東京都、神奈川県、新潟県、愛知県の順で多かった。大阪府については、当初審判での通院決定数が他地区と比較して多いことが反映されている。
- ③ 指定通院医療機関数は、北海道、大阪府、山形県、兵庫県、福岡県の順で多かった。逆に人口比では、東京都、神奈川県、埼玉県、愛知県などで指定が進んでいない状況が窺えた。

- ④ 医療観察法地域処遇体制強化事業の実施状況は、予定を含め今年度実施する自治体のうち、障害者福祉施設等入所時支援事業のみの実施が3か所、医療観察法地域処遇体制基盤構築事業のみ実施が3か所、両事業の実施が8か所という結果であった。
- ⑤ ④の事業の実施予定がない自治体は32か所に上るが、その理由としては、「既存の地域保健福祉体制の中で法務局と連携・協力して対応できている」、「事業実施の必要性が見えてこない」、「事業の実効性が望めない」など、自治体によってさまざまであった。

なお、2008年度末において厚生労働省が当該事業の活用に関する意向調査を行っている（図10参照）。その時点での、事業を活用する意向がある自治体は約6割の28か所であり、本基礎的調査の結果との間に差が生じている。これは調査の実施時期が7月であったため、各地の議会承認が得られていない自治体も多かったことも影響していると考えられる。

図10 都道府県による医療観察法地域処遇体制強化事業の活用意向



資料：厚生労働省

表1 医療観察制度における地域処遇連携の実態に係る基礎的調査の結果一覧

コード	都道府県	地域処遇連携のためのネットワーク(事業)の有無	地域処遇の対象者数(調査時直近)	指定入院医療機関数	指定通院医療機関数	①都道府県保健所数 ②政令市、中核市保健所数 ③政令保健所数	相談支援事業所数	地域処遇対象者が利用可能な地域社会資源(※2)
1	北海道	ない	16人 (7月1日現在)	ない (7月1日現在)	24ヶ所 (7月9日現在)	①26ヶ所②3ヶ所 ③1ヶ所 (7月1日現在)	17ヶ所 (7月1日現在)	1～19
2	青森県	ない	11人 (7月1日現在)	ない (4月1日現在)	4ヶ所 (4月1日現在)	①6ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (4月1日現在)	56ヶ所 (4月1日現在)	1～20全て利用可能 *特に利用制限等はない
3	岩手県	ない	4人 (7月31日現在)	1ヶ所 (7月31日現在)	5ヶ所 (7月31日現在)	①10ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (7月31日現在)	38ヶ所 (7月31日現在)	詳細未調査
4	宮城県	ない	/	ない (6月30日現在)	7ヶ所 (6月30日現在)	①7ヶ所②0ヶ所 ③5ヶ所 (6月30日現在)	36ヶ所 (6月30日現在)	受入れの確認しておらず回答 出来ない
5	秋田県	ない	2人 (7月15日現在)	/	3ヶ所 (7月15日)	①8ヶ所②0か所 ③1ヶ所 (7月15日)	4ヶ所	1、3、6、10、12、13、14
6	山形県	ない	5人 (7月9日現在)	/	18ヶ所 (6月23日現在)	①4ヶ所②0か所 ③0ヶ所 (4月1日現在)	/	2、6、14
7	福島県	ない	7人 (9月1日現在)	ない (9月1日現在)	8ヶ所 (9月1日現在)	①6ヶ所②2カ所 ③0ヶ所 (9月1日現在)	56ヶ所 (9月1日現在)	3、10、12、13、19
8	茨城県	ない	17人 (5月31日現在)	ない (6月31日現在)	9ヶ所 (6月31日現在)	①12カ所②0ヶ所 ③0ヶ所 (6月31日現在)	/	3.グループホーム・ケアホーム
9	栃木県	ない	3人 (7月31日現在)	ない (7月31日現在)	5カ所 (7月31日現在)	①5カ所②1カ所 ③0ヶ所 (7月31日現在)	45ヶ所 (4月1日現在)	1～19
10	群馬県	ない	6人 (7月1日現在)	1ヶ所 (7月1日現在)	2ヶ所 (7月1日現在)	①10ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (7月1日現在)	48ヶ所 (7月1日現在)	1、12、14
11	埼玉県	ない	把握していない	ない (7月末日現在)	6ヶ所 (7月末日現在)	①13ヶ所②2ヶ所 ③0ヶ所 (7月末日現在)	ない (7月末日現在)	個別事例については把握して いないため、回答できない。

12	千葉県	ない	14人 (7月28日現在)	1ヶ所 (7月28日現在)	11ヶ所 (7月28日現在)	①12ヶ所②3ヶ所 ③0ヶ所 (7月28日現在)	97ヶ所 (5月1日現在)	1～19
13	東京都	ある	32人 (7月31日現在)	1ヶ所 (7月31日現在)	7ヶ所 (7月31日現在)	①7ヶ所②100ヶ所 ③1ヶ所 (7月31日現在)	61ヶ所 (平成20年現在)1	1～19
14	神奈川県	ない	26人 (6月31日現在)	1ヶ所 (7月31日現在)	9ヶ所 (補完型含む) (7月31日現在)	①9ヶ所②27ヶ所 ③1ヶ所 (7月31日現在)	187ヶ所 (7月1日現在)	1、3、4、11、12、13、14、19、 20
15	新潟県	ない	25人 (3月17日現在)	1ヶ所 (4月1日現在)	10ヶ所 (4月1日現在)	①12ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (4月1日現在)	61ヶ所 (4月1日現在)	6、10、11、12、13、14
16	富山県	ない	2人	1ヶ所 (4月1日現在)	3ヶ所 (4月1日現在)	①8ヶ所(支所含む) ②1ヶ所③0ヶ所 (4月1日現在)	11ヶ所 (4月1日現在)	3、6、11 *現在までに対象者が利用し た範囲で回答
17	石川県	ない	5人 (7月10日現在)	ない (7月10日現在)	4ヶ所 (7月10日現在)	①4ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (7月10日現在)	29ヶ所 (7月10日現在)	2～9、11、14、15
18	福井県	ない	未把握	ない (7月31日現在)	4ヶ所 (7月31日現在)	①6ヶ所②0ヶ所 ③0ヶ所 (7月31日現在)	33ヶ所 (4月1日現在)	3～9、10
19	山梨県	ない	8人 (5月30日現在)	ない (6月30日現在)	3ヶ所 (6月30日現在)	①4ヶ所(+1支所) ②0ヶ所③0ヶ所 (6月30日現在)	33ヶ所 (6月30日現在) (2ヶ所休止中)	1～19
20	長野県	ない	8人 (7月1日現在)	1ヶ所 (7月1日現在)	12ヶ所 (7月1日現在)	①10ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (7月1日現在)	63ヶ所 (4月1日現在)	3、10、11、12 (※3)
21	岐阜県	ない	3人 (7月22日現在)	ない (7月22日現在)	6ヶ所 (7月22日現在)	①7ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (7月22日現在)	10ヶ所 (7月22日現在)	2、3、7、8、9、11、13、14
22	静岡県	ない	把握していない	1ヶ所 (4月1日現在)	12ヶ所 (4月1日現在)	①7ヶ所②2ヶ所 ③0ヶ所 (4月1日現在)	26ヶ所 (4月1日現在)	受け入れ可能か不明
23	愛知県	ない	20人 (5月31日現在)	1人 (7月27日現在)	10ヶ所 (7月27日現在)	①12ヶ所②19ヶ所 ③0ヶ所 (7月27日現在)	164ヶ所 (7月1日現在)	1～19
24	三重県	ない	3人 (7月27日現在)	1ヶ所 (7月27日現在)	5ヶ所 (7月27日現在)	①8ヶ所②0ヶ所 ③1ヶ所 (7月27日現在)	7ヶ所 (4月1日現在)	1～20

25	滋賀県	ない	4人 (7月14日現在)	ない (4月1日現在)	9ヶ所 (4月1日現在)	①6ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (4月1日現在)	10ヶ所 (主対象が精神) (4月1日現在)	基本は精神障害者に同じ
26	京都府	ない	7人 (7月1日現在)	ない (7月1日現在)	3ヶ所 (7月1日現在)	①7ヶ所②11ヶ所 ③0ヶ所 (7月1日現在)	57カ所 (7月1日現在)	1～19
27	大阪府	ない	34人 (7月1日現在)	1ヶ所 (7月1日現在)	19ヶ所 (7月1日現在)	①14ヶ所②4ヶ所 ③0ヶ所 (7月1日現在)		1～19
28	兵庫県	ない	12人 (6月末日現在)	ない (6月末日現在)	16ヶ所 (6月末日現在)	①13ヶ所②4ヶ所 ③0ヶ所 (6月末日現在)	84ヶ所 (6月末日現在)	1～20 * ケースバイケース
29	奈良県	ない	2人 (6月30日現在)	ない (6月30日現在)	4ヶ所 (6月30日現在)	①5ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (6月30日現在)	11ヶ所 (主対象が精神) (6月30日現在)	1～9、11、12、14、15、19
30	和歌山県	ない	4人 (7月1日現在)	ない (7月1日現在)	3カ所 (7月1日現在)	①8ヶ所②1ヶ所 ③0カ所 (7月1日現在)	41カ所 (7月1日現在)	7、8、9、11、14
31	鳥取県	ない	3人	ない (8月1日現在)	4ヶ所 (8月1日現在)	①4ヶ所②0ヶ所 ③0ヶ所 (8月1日現在)	20カ所 (8月1日現在)	1～20
32	島根県	ない	1人 (7月10日現在)	ない (7月10日現在)	3ヶ所 (7月10日現在)	①7ヶ所②0ヶ所 ③0ヶ所 (7月10日現在)	49ヶ所 (7月10日現在)	2～19
33	岡山県	ない	4人 (7月31日現在)	1ヶ所 (7月31日現在)	3ヶ所 (7月31日現在)	①9カ所②2カ所 ③0カ所 (7月31日現在)	20カ所 (7月31日現在)	1～9、11～14
34	広島県	ない	12人 (7月31日現在)	1ヶ所 (7月31日現在)	4ヶ所 (7月31日現在)	①7ヶ所②9ヶ所 ③1ヶ所 (7月31日現在)	40ヶ所 (7月31日現在)	1～17
35	山口県	ない	3人 (7月1日現在)	ない (7月1日現在)	6ヶ所 (7月1日現在)	①8ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (7月1日現在)	42ヶ所 (5月1日現在)	1～20
36	徳島県	ない	3人 (4月1日現在)	ない	4ヶ所 (4月現在)	①6ヶ所②20ヶ所 ③30ヶ所 (4月1日現在)	33ヶ所 (1月現在)	1～15
37	香川県	ない	3人 (5月末日現在)	ない (5月末日現在)	3カ所 (5月末日現在)	①4カ所②1カ所 ③0カ所 (5月末日現在)	33ヶ所 (5月末日現在)	1～19

38	愛媛県	ない	5人 (6月30日現在)	ない (4月1日現在)	7ヶ所 (4月1日現在)	①6ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (4月1日現在)	28ヶ所 (4月1日現在)	1～19
39	高知県	ない	2人 (8月25日現在)	ない (8月1日現在)	6カ所 (8月1日現在)	①5ヶ所②1ヶ所 ③0カ所 (8月1日現在)	24カ所 (8月1日現在)	1～14
40	福岡県	ない	14人 (7月8日現在)	ない (7月8日現在)	14ヶ所 (7月8日現在)	①13ヶ所②3ヶ所 ③1ヶ所 (7月8日現在)	96ヶ所 (7月8日現在)	精神障害者として、社会資源 は全て利用可能と考える。
41	佐賀県	ない	1人 (7月1日現在)	1ヶ所 (7月1日現在)	6ヶ所 (5月1日現在)	①5ヶ所②0ヶ所 ③0ヶ所 (7月1日現在)	14ヶ所 (4月1日現在)	1～19(10を除く)
42	長崎県	ない		1ヶ所 (7月1日現在)	4ヶ所 (7月1日現在)	①8ヶ所②1ヶ所 ③1ヶ所 (7月1日現在)	51ヶ所 (7月1日現在)	1～19
43	熊本県	ない	12人 (6月30日現在)	1ヶ所 (6月30日現在)	3ヶ所 (6月30日現在)	①10ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (6月30日現在)	43ヶ所 (6月30日現在)	1～9、13、14、18
44	大分県	ない	4人 (7月24日現在)	ない (7月24日現在)	3ヶ所 (7月24日現在)	①9ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (7月24日現在)		3、9、11、19
45	宮崎県	ない	6人 (6月30日現在)	ない	3ヶ所 (6月30日現在)	①8ヶ所②1ヶ所 ③0ヶ所 (6月30日現在)	5ヶ所 (6月30日現在) →I型	12、14
46	鹿児島県	ない	5人 (7月1日現在)	ない (7月1日現在)	9カ所 (7月1日現在)	①13ヶ所②1カ所 ③0ヶ所 (7月1日現在)	57カ所 (7月1日現在)	1～12、14、18、19
47	沖縄県							

※1 斜線部分は未回答

※2 地域処遇対象者が利用可能な地域社会資源の選択番号は以下の通り

- 1.小規模作業所 2.授産施設 3.グループホーム・ケアホーム 4.居宅介護 5.短期入所 6.自立訓練 7.就労移行支援 8.就労継続支援A型
9.就労継続支援B型 10.施設入所支援 11.デイケア・ナイトケア 12.援護寮 13.福祉ホーム 14.地域活動支援センター 15.成年後見制度利用支援事業
16.居宅サポート事業 17.あんしん貸付支援事業 18.当事者グループ 19.嗜癖自助グループ

※3 現在の対象者が利用している範囲で回答。18、19は断られることはないと思うが、利用可能と思うが、利用できる状態まで理解が進んでいない。

※4 11と20以外は特に利用について打診したことがないので未確定。

表2 医療観察法地域処遇体制協会事業の実施(予定)内容

コード	都道府県	障害者福祉施設等入所時支援事業	医療観察法地域処遇体制基盤構築事業
1	北海道		・訪問指導等の体制や、関係機関相互の連携について基盤構築を図る。 ・「ケア会議」に参加するとともに、訪問指導を行って、法対象者の社会復帰を促進する。
3	岩手県	詳細の計画については未定	詳細の計画については未定
4	宮城県		関係機関、事業所等を対象とした研修会の開催。
10	群馬県	法対象者を施設で受け入れるための福祉スタッフの確保等に補助(詳細未定)	コーディネーターの配置による関係機関相互の連携(詳細未定)
13	東京都	実施要綱作成中で都議会での予算決定待ちのため今年度実施予定	
19	山梨県	平成22年度より実施予定	平成22年度より実施予定
21	岐阜県	社会復帰施設への助成事業とし、補助金交付要綱を検討中の段階。今後、他県の状況を把握しながら詳細を決めていく予定。	
23	愛知県	2施設に対し補助予定	●地域処遇関係機関連絡会議(全体会議)の開催(2回) ●地域処遇関係機関連絡会議(保健所単位)の開催(12保健所 各1回) ●対象者家庭訪問等(12保健所 各12回)
24	三重県		保護観察所をサポートするコーディネーターの配置という方向で検討中であるが、具体的には未定である。
27	大阪府	居宅及び指定入院医療機関等への訪問による入所後の生活にかかる相談援助や、精神保健福祉士等の福祉スタッフを確保するなど、予め受け入れに関する体制整備に要した費用。 【入所1回当たり127,750円を上限として補助】	●地域支援機関訪問指導等体制確保謝金【日額8,120×支援実施回数】 ●市町村訪問指導等旅費【実費相当額】
28	兵庫県	法対象者を受け入れた障害福祉施設等に対して、1回を限度として補助を行う。 (補助上限:10万円)	法対象者をはじめとする精神障害者の地域での受入体制に係る基盤の構築を目的として市長が行う事業に対して補助を行う。 (補助率:1/2、補助上限200万円)
30	和歌山県	委託料 500,000円 (支援のための事務費・人件費) (人件費 7,600円×月4回×6月=182,400) (旅費事務費等 67,600円) 小計 250,000円×2カ所 2年目以降12ヶ月で実施	●体制基盤構築検討委員会の開催 (医療機関・施設・市町村・保健所・保護観察所)会場使用料、普通旅費、印刷製本(小計19万円) ●体制基盤構築研修会の開催 (医療機関・施設・市町村・保健所)報償費、特別旅費、使用料(小計15万2千円)
32	島根県	居住及び指定入院医療機関等への訪問による入所後の生活にかかわる相談援助や、精神保健福祉士等の福祉スタッフを確保するなど、予め受け入れに関する体制整備を実施した場合に助成を行う。	
33	岡山県	指定病院、家族への訪問等 旅費、賃金	●受入後検討会 : 報償、旅費、会場使用料 ●施設訪問 : 旅費

表3 医療観察法地域処遇体制協会事業を実施しないか未定の理由

コード	都道府県	障害者福祉施設等入所時支援事業	医療観察法地域処遇体制基盤構築事業
2	青森県	国庫協議済みであるが、今年度の実施については、現時点ではまだ未定の状況。	国庫協議済みであるが、今年度の実施については、現時点ではまだ未定の状況。
5	秋田県	(理由未記入)	(理由未記入)
6	山形県	事業を実施する障害福祉施設がないため。	事業を実施する障害福祉施設がないため。
7	福島県	10/10事業としては十分承知しているが、他に実施しなければならない事業があり、「障がい福祉課」としての優先順位は低いため。	10/10事業としては十分承知しているが、他に実施しなければならない事業があり、「障がい福祉課」としての優先順位は低いため。
8	茨城県	(理由未記入)	(理由未記入)
9	栃木県	本県における法対象者について、障害福祉施設等に入所が見込まれる者又は、これまでに入所した者は存在しない。	保護観察所が主体となって行うケア会議とのすみ分けが不明確であるとともに、現状における問題点やニーズ等の把握も十分でないため。
11	埼玉県	既存の地域精神保健福祉体制の中で法務局と連携・協力して対応できている。また、司法制度との役割が曖昧であり、まず役割分担を明確にしていくことが必要と考える。	既存の地域精神保健福祉体制の中で法務局と連携・協力して対応できている。また、司法制度との役割が曖昧であり、まず役割分担を明確にしていくことが必要と考える。
12	千葉県	障害福祉施設等での精神保健福祉士等のスタッフ確保が困難であり、確保できたとしても人件費に対し助成されるのは、対象者の受入前の一定期間と入所中のみ[新たに創設する給付金]であり、退所後は算定されないことから、施設運営上人材確保に消極的で事業の実効性が望めない。	<ul style="list-style-type: none"> ●社会復帰調整官が担うコーディネート業務との明確な区分がなく、医療観察制度における国と都道府県の役割が不明瞭である。 ●コーディネーターは、関係機関との調整や相談支援等の高度かつ困難な業務に従事し、かつ相談業務等に豊富な経験者が求められ、非常勤委託職員(精神保健福祉相談員)の確保が困難。 ●処遇終了後も精神保健福祉法に基づく手厚い相談支援が必要であることから、都道府県の相談支援体制強化の施策も考慮すべきである。
14	神奈川県	本事業については、社会復帰調整官がコーディネートしている内容を都道府県が実施する内容になっており、法務省と都道府県の役割が明確化していないため、今年度については実施を見送っている。	本事業については、社会復帰調整官がコーディネートしている内容を都道府県が実施する内容になっており、法務省と都道府県の役割が明確化していないため、今年度については実施を見送っている。
15	新潟県	今年度は準備期間とし、来年度以降の実施を検討している。	今年度は準備期間とし、来年度以降の実施を検討している。
16	富山県	実施そのものについて検討中 (実施しないわけではない)	実施そのものについて検討中 (実施しないわけではない)
17	石川県	法対象者数が少なく、今のところ保護観察所と通院医療機関等の連携により、支援体制が確保されているため。	法対象者が少なく、今のところ保護観察所と通院医療機関等の連携により、支援体制が確保されているため。
18	福井県	検討中	(理由未記入)
20	長野県	保護観察所との調整・把握等、内容を精査し、事業化を図りたい。	保護観察所との調整・把握等、内容を精査し、事業化を図りたい。
22	静岡県	実施に向けての具体的な必要性が見えてない	実施に向けての具体的な必要性が見えてない

コード	都道府県	障害者福祉施設等入所時支援事業	医療観察法地域処遇体制基盤構築事業
25	滋賀県	(理由未記入)	22年度から実施予定
26	京都府	本府においては、保護観察所関係諸機関との調整が進んでおらず、事業の実施可否が現時点では明確ではない。	本府においては、保護観察所関係諸機関との調整が進んでおらず、事業の実施可否が現時点では明確ではない。
29	奈良県	入所が見込まれる施設(生活訓練施設等)に、事業実施予定の確認するも、該当施設がなかった。	コーディネーターの配置について、保護観察所社会復帰調整官の業務との調整が困難なため。
31	鳥取県	(理由未記入)	(理由未記入)
34	広島県	県内の地域処遇体制は、保護観察所の社会復帰調整官が中心的コーディネーターとなり、関係機関が連携・協力を行っており、特に問題となっていることがないことと、この事業の財源である交付金に限度額があることから、実施しないこととした。	県内の地域処遇体制は、保護観察所の社会復帰調整官が中心的コーディネーターとなり、関係機関が連携・協力を行っており、特に問題となっていることがないことと、この事業の財源である交付金に限度額があることから、実施しないこととした。
35	山口県	(理由未記入)	(理由未記入)
36	徳島県	(理由未記入)	(理由未記入)
37	香川県	情報も十分でなく、ニーズもどの程度あるのかもよくわからないので。	他県での実施状況も参考にしながら考えたい。
38	愛媛県	他に利用できる既設の事業があり、新たに別途実施する必要性に乏しい。	他に利用できる既設の事業があり、新たに別途実施する必要性に乏しい。
39	高知県	(理由未記入)	(理由未記入)
40	福岡県	今あるシステムでうまく出来ているので特に改めて構築する必要性が感じられないため。	今あるシステムでうまく出来ているので特に改めて構築する必要性が感じられないため。
41	佐賀県	今現在、対象者が少なく、事業実施及び実施方法について検討中。	今現在、対象者が少なく、事業実施及び実施方法について検討中。
42	長崎県	とっかかりがまだみえない。	とっかかりがまだみえない。
43	熊本県	対象者の障害福祉施設等施設利用の可能性が低いため。	指定通院医療機関で必要に応じて、医師、保健所及び市町村職員、精神保健福祉士等で構成している対象者のケア会議で地域処遇を検討している。また、同医療機関で対象者の治療が適正になされているか治療評価会議を毎月、開催しており、現在の支援体制で十分機能している。
44	大分県	地域関係機関の理解に準備期間が必要なため。	地域関係機関の理解に準備期間が必要なため。
45	宮崎県	社会復帰調整官を中心とする現存のネットワークで対応できている為、改めて今回の事業を行う予定はない。	社会復帰調整官を中心とする現存のネットワークで対応できている為、改めて今回の事業を行う予定はない。
46	鹿児島県	事業の有効な活用について検討中	事業の有効な活用について検討中
47	沖縄県	(回答なし)	(回答なし)

表4 医療観察制度における地域処遇体制に関する意見等
(自由記載)の結果

意見等	
1	障害者の自立支援のための既存の対策と別に、医療観察法に基づく地域処遇体制を位置付ける意義をどのように理解するかを踏まえて検討する必要があると考えている。
2	医療観察制度について周知されつつあるが、まだ実際の地域処遇がないため、抵抗がある区市町村や事業者がある。一方で、数ケースの処遇を行っている地域では負担が大きいとの声が上がっている。また、医療観察制度の対象となったケースとそれ以外の精神障害者への処遇の差が大きいと感じる。この制度の成果が、他の精神障害者の地域処遇の改善になればと考えて対応している。
3	・入院中の手厚いケアに比べ地域支援体制の弱さを感じるので、入院中から地域で生活することを視野に入れた準備が必要であると考えている。 ・本法施行後、4年目を迎え、精神保健観察対象者が増えてきているので、各関係機関においての支援状況等について、情報交換ができる場がほしいとの意見が出てきている。
4	・ケア会議に、精神障害者ケアマネジメントの視点を取り入れること。 ・社会資源の利用は個々のケースごと頼んでいる状況。ネットワーク会議等で支援機関の理解をい促し、利用できる資源を増やすことが求められる。
5	・制度における全体の統括(マネジメント)はどの機関が行っているのか正確な情報(リアルタイム)をどこが把握しており、どこへ照会すれば得られるのかが不明。 ・制度における地域処遇の点で「保健所」の役割が明確に見えてこない。
6	元々、精神障害者の地域サービスは脆弱であり十分とはいえない状況。その中で医療観察法の地域処遇であり、障害福祉サービス報酬改定対応などが行われたとしても困難が伴う。
7	対象者の円滑な地域移行に向けて、利用できる社会資源の更なる整備と従事する専門職員の養成が不可欠である。
8	医療観察法の通院処遇終了後、現在の指定通院医療機関から住居地に近いクリニック等での診察を受ける予定としている対象者について。 通院処遇終了後にいきなり医療機関及び支援スタッフが変更することは対象者にとって少なくない負担になると思われることから、指定通院医療機関通院中からクリニックにも通院することが望ましいと考える。しかし、自立支援法第54条第1項ただし書きの規定により、医療観察法の規定により精神通院医療を受けることができる場合は、全額公費で自立支援医療に担当する医療を受けられるため、自立支援法の支給認定を行わないこととされているため、クリニック通院は自立支援医療の対象外となってしまう
9	医療観察法地域処遇体制強化事業は、県が実施するよりは、法務省が予算化した上で、保護観察所で実施するべき事業と考える。 医療観察法施行当初の「保護観察所を中心に地域の支援体制を整備する」という方向性が全くなく、これによって完全に崩れたと思われる。

2 医療観察法地域処遇体制基盤構築事業への取組みに係る聞き取り 調査の結果

1) 調査内容

東京都については、都道府県に対する基礎的調査の実施時点では、医療観察法地域処遇体制基盤構築事業（以下、「基盤構築事業」とする。）の活用については未定であったが、その後2010年度からの事業活用予定（地域処遇体制整備コーディネーターの配置）があることから、以下の項目について訪問による聞き取りを行った。

また、兵庫県については、地域処遇の体制整備コーディネーターの配置は行わず、違う観点から事業を実施していることから、その具体的な内容について聞き取りを行った。

- ① 医療観察法地域処遇体制強化事業（医療観察法地域処遇体制基盤構築事業）を実施しようとした理由
- ② コーディネーターを配置する機関
- ③ コーディネーター業務の目的
- ④ 具体的なコーディネーターの業務
- ⑤ コーディネーターを配置することにより期待される効果
- ⑥ 現在認識している医療観察法地域処遇体制上の課題
- ⑦ 具体的にコーディネーター事業を開始する際の関係機関への普及啓発の方法と計画
- ⑧ 現在の東京都のシステムにおいて、コーディネーターがどこに配置されると考えるのか

2) 調査結果

【東京都】

- ①医療観察法地域処遇体制強化事業(基盤構築事業)を実施しようとした理由
 - 基本的には国が事業化したことを東京都として応える形で事業を実施していくことになった。
 - 2009年度からの実施予定であったが、具体的な事業内容の詳細が決まっておらず、実際には2010年度から実施することになった。
 - 従来から都の精神保健・医療課に医療観察制度の担当者を配置して、地域のケア会議にも参加してきたが、精神科救急対応業務との兼務のため、十分な対応が困難であった。その部分を補足し、なおかつ2年間の有期限事業となるため、その間に地域支援コーディネーター（仮称）の配置によって地域の体制強化を図りたい。
 - 地域支援コーディネーターに期待される役割としては、特に初めて対象者を受け入れる圏域に対するバックアップ等があげられる。
 - 地域処遇の対象者数が増えていくことで東京都主管課、3か所の精神保健福祉センターにかかる負担が大きくなってきた。そこで、コーディネーターを配置することで、東京都全体を統括できるようにしたい。
- ②コーディネーターを配置する機関
 - 東京都の精神保健・医療課に配置予定。業務委託というかたちで実施する。予算枠としては、コーディネーター1名分だが、実人数の充て方は人の確保によるし、その勤務条

件による。

○可能であれば2名～3名の非常勤配置があれば多摩地域と23区内のCPA会議、ケア会議に参加できるのではないかと。1名の配置となると、全ケース把握することに限界が生じるかもしれない。

③コーディネーター業務の目的

○コーディネーターを配置することで、医療観察法地域処遇を円滑に進めていくことが目的である。

④具体的なコーディネーターの業務

ア) CPA会議、ケア会議への参加(全会議には出ないが、全ケースにつき1回は出席)

イ) ア)の会議の記録作成

ウ) 全ケースの状況把握

エ) 統計的処理

オ) 居住地域の関係機関の調整

カ) 対象者の家族支援(このあたりは行政だと厳しい側面もあり、民間団体への委託ゆえに可能となるとよい)

キ) 処遇終了ケースの調整

*社会復帰調整官、精神保健福祉センターとの業務のすみ分けが必要。

*現状で実際に東京都としての支援を要請されている例としては、救護施設との調整、いわゆる困難事例への対応、市町村のみでなく広域的支援が必要なケース、初めてケースが出た地域への助言やコンサルテーションがある。

⑤コーディネーターを配置することにより期待される効果

○主管課としての業務量のカバーと、行政として今まで手をつけられなかった部分を補完することで東京都の独自性を出していきたい。

⑥現在認識している医療観察法地域処遇体制上の課題

○都内の指定通院医療機関が充足されていない。指定通院の基準を満たす医療機関がスタッフ等の不足で少ない。

○指定通院医療機関ごとの対象者への支援にバラつきが見られる。

○指定入院医療機関での手厚いケア体制と指定通院医療機関での処遇との間に相当なギャップがある。

○居住の場所が足りない。アパートで1人暮らしできる人は良いが、身近な見守りが必要なケースの場合の施設が足りない。受入れ施設があったとしても、夜間の緊急体制に対応している所が少ない。指定通院医療機関のスタッフには、夜間対応をお願いしている。医療機関だけではなく、居住空間にサポートできる人を配置できると良い。

⑦具体的にコーディネーター事業を開始する際の医療機関への普及啓発の方法と計画

○事前に圏域、精神保健福祉センター、保護観察所との協議や報告と通知を行う予定である。保健所に対してはケア会議に出ていくときに具体的な説明を行っていく予定。

○医療観察法に関する研修会の中でコーディネーターについて普及啓発が出来ると良い。

○ケースが出てきたときに、コーディネーターについて普及啓発していく。

⑧現在の東京都のシステムにおいて、コーディネーターの位置づけはどのあたりを想定するか

- 社会復帰調整官と、精神保健福祉センターとの役割分担が必要。
- 特にコーディネーターに求められるのは、家族支援や処遇終了ケースへの対応。
- 今まで関りを持ってずにいた部分への関与に期待する。

以上のように、東京等においては 2010 年度から医療観察制度地域処遇に係る地域支援コーディネーターの配置が予定されているが、この背景としては、医療観察法の施行当時から地域処遇に関連して広域的に支援を提供する重層的なケアシステムが構築されてきたこと、医療観察法対象者の発生が全国でも最も多い自治体であり、今後もしばらくの間は地域処遇対象者数が増え続けていくことから、広域的に地域処遇上の連携を調整する機能がより必要とされていることなどがある。

【兵庫県】

①基盤構築事業の具体的な内容（事業実施要領より）

- 事業実施主体は市町とする。
- 対象事業は、医療観察法対象者をはじめとする精神障害者の地域での受入体制に係る基盤の構築を目的として行う下記の事業とする。
 - ア) 精神担当専門職員の配置
 - イ) 精神保健福祉相談の開設
 - ウ) その他の基盤構築事業
- 補助額
 - ア) 対象経費 対象事業の実施に必要な経費として社会通念上認められるもの。
 - イ) 補助額 上記ア) に掲げる事業経費と下記ウ) に掲げる基本額とを比較して少ない方の額にエ) に掲げる補助率を乗じた額とする。
 - ウ) 基本額 上記イ) に掲げる基本額は 4,000 千円とする。
 - エ) 補助率 上記ウ) に掲げる補助率は 1 / 2 とする。

②2009 年度の基盤構築事業の活用例

- 1 か所の市が、当該事業を活用して精神保健福祉士を非常勤雇用した。
- 当該市において定例の精神保健福祉相談の回数を増やしている。
- 医療観察制度に特化して雇用しているわけではないが、実際に地域処遇の対象者がおり関与している。

③当該事業をコーディネーター配置として活用しなかった理由

- 医療観察制度に特化した形での体制整備コーディネーターの配置については、その意図がよく理解できず、その具体的な効果のイメージがしにくい。
- 実際に、年間の対象者数が 10 数件しか出ていないところでコーディネーターを配置することには無理がある。
- 当該事業が、障害者自立支援対策臨時特例交付金であるため、むしろ広く精神障害者の地域移行を進めるための位置付けで事業を実施することとした。

④医療観察法地域処遇において認識している課題

- 医療観察制度に特化した課題という認識はあまりない。
- むしろ精神障害者の地域移行や地域生活支援を考えると、地域の社会資源の充実が

大きな課題である。

○指定通院医療機関の設置箇所数は国が示した基準を満たしていない。

○連携上の課題としては、基本的に精神保健観察が3年間であり、医療観察法による処遇終了後の対象者の支援体制を想定した全体的な精神保健福祉の底上げが重要と認識している。

⑤兵庫県としての地域処遇への関与の状況

○県の主管課としては直接的な関与は特にない。

○精神保健福祉センターからは必要に応じたケア会議への出席などの支援を行っている。

○保健所の担当者は、基本的にケア会議に参加し個別支援を行っている。

⑥障害福祉施設等入所時支援事業について

○実施要領を定めて、障害福祉施設等が、ア) 医療観察法対象者の家族及び入居対象者居宅への訪問による相談援助、イ) 指定通院医療機関等との調整、ウ) 障害福祉施設等における受入計画の策定及び人員確保、エ) 既受入施設の視察等を行う場合に、1施設あたり1回を限度として100千円を補助することとしている。

○これまでに当該事業を活用し障害福祉施設等はなかった。兵庫県では、生活訓練施設を生活保護施設として整理しており、事業対象とならないことも関係しているかもしれない。

■第4章 医療観察法地域処遇体制の実際

～聞き取り調査報告～

本調査の目的は、厚生労働省の障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業として創設された「医療観察法地域処遇体制強化事業」について、実施予定がある都道府県と実施予定のない都道府県を各3か所選定し、保護観察所の社会復帰調整官及び障害福祉サービス事業者、自治体を対象として、地域処遇体制の現状と課題等について聞きとることにより、より円滑で効果的な連携システムの在り方を導き出すことを目的としている。当初は事業実施予定の有無による自治体を3か所ずつ選定し実施状況による効果等の比較を聞き取り調査する予定であったが、調査段階で実質的な事業実施にいたるところがなく比較検討はできなかった。

第1節 保護観察所・社会復帰調整官に聞く地域処遇体制の現状と課題

1 調査対象

- A. 大阪保護観察所、名古屋保護観察所、和歌山保護観察所
- B. 熊本保護観察所、新潟保護観察所、横浜保護観察所

上記Aは、聞き取り調査を実施するにあたり、医療観察法地域処遇体制強化事業について、第1次調査で実施予定があるとの回答を得た地域である。また、Bは実施予定がないとの回答を得た地域である。それぞれの社会復帰調整官にご協力いただき、概ね1時間から2時間の聞き取り調査を実施した。

2 調査内容

保護観察所の社会復帰調整官への聞き取り調査内容は以下の通りである。なお、調査に際して聞き取り内容のイメージが共有でき、インタビュー等を容易に進めることを目的に、当該保護観察所における対象者数や処遇状況、利用サービス等の概況も聞き取りを行ったが、調査報告の対象とはしていない。

- ①-1 地域処遇における関係機関の連携等について
- ①-2 都道府県及び基礎自治体等の行政機関との連携における課題
- ② 地域処遇実施における課題(機関連携以外について)
- ③ 地域処遇における医療観察法、精神保健福祉法、障害者自立支援法のそれぞれのサービスやシステム等のマネジメントの工夫点
- ④ 処遇終了に向けての社会復帰調整官の対応
- ⑥ 必要と考えている地域処遇体制整備上の改善点

3 調査結果

社会復帰調整官に聞き取りを行った内容については後段にて記述をしているので参照されたい。
なお、地域等が特定されるような叙述については削除している。

聞き取った内容を医療観察法制度の地域処遇に関する課題を以下の7つのキーワードに分類し、各項目について考察した。

- 1) 制度的課題、2) 指定医療機関、3) 地域精神保健福祉体制、
- 4) 社会復帰調整官の業務、5) 関係機関等連携、6) 生活保護制度、7) 普及啓発

1) 制度的課題について

聞き取りにおいて、制度的課題という項目分類からカテゴリズされた内容を表に示す。

審判等	・当初審判での通院決定の対象者への処遇の困難性。
	・通院決定の場合の時間的制限による医療機関調整の困難性。
入院	・外泊等を積極的に活用できる環境整備の必要性。
	・閉鎖処遇から開放的処遇を経て地域移行するシステムが無い。
ケア会議	・交通費等の所属機関負担となること、機関によっては業務として認められない問題。
	・ケア会議の日程調整が困難。
通院	・指定通院医療機関という枠組みをなくした方がいい。
	・受入確定後にしか指定通院医療機関に対する直接通院決定対象者の医療情報が行えない問題。
地域処遇	・行政機関のかかわりの法的根拠が乏しい。

制度的課題としては、審判過程における課題、入院からの地域移行への課題、ケア会議における課題、通院医療における課題、そして地域精神保健福祉体制における課題が示された。これは、社会復帰調整官が医療観察制度において、生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察という処遇上の全てのプロセスに関与している唯一の専門職であることから、制度全体を見渡すことができる位置にいるためである。

なお、ケア会議に参加する事業所の参加に係る経費については、医療観察法地域処遇体制強化事業として都道府県が経費負担できるように活用している例もあった。

2) 指定医療機関について

聞き取りにおいて、指定医療機関という項目分類からカテゴリズされた内容を表に示す。
また、内容において相対的なものを並列した。

① 指定入院 医療機関	圧倒的な量的不足、都道府県内にない	整備不足ゆえの遠方、生活環境調整等の困難
	提供医療の機関格差が存在	従事者の教育
② 指定通院 医療機関	量的不足と地域偏在	提供する地域生活支援と医療の距離感
	対象者の生活圏域から遠方	
	県が指定先の開拓に消極的	社会復帰調整官が指定先開拓をしている負担
	公的病院が指定を受けていない	民間病院が消極的になる
	圏域内基幹型病院の指定を要望	
	通院医療機関の精神保健福祉士の業務量の多さ	通院医療機関のスタッフのモチベーション向上のための診療報酬評価が不足

① 指定入院医療機関

社会復帰調整官に聞くまでもなく、制度を運用し対象者支援を行う上では、指定入院医療機関の整備不足とそれゆえの偏在は、それ自身が社会復帰支援目的に反し、社会復帰の阻害要因を作り出していると考えられる。国関係の病院における整備見込み数 464 床に対して平成 21 年 3 月 1 日現在で 386 床（13 病院）が稼働中、自治体病院においては整備見込み病床数 183 床のうち 55 床が稼働中となっている。法施行時に掲げた病床整備の目標値の 720 床（予備病床を含め 800 床程度）に到達するにはまだまだいぶん時間がかかる状況である。¹同都道府県内に指定入院医療機関がないことは、対象者の地域生活を支援することを考えれば、地域生活の継続性を絶つ要因と、遠方からの困難な地域移行支援の必要性を制度状況によって生みだしてしまうこととなっている。

また、指定入院医療機関によって対象者への入院治療の内容やあり方や従事者の質における格差があり、どこの指定入院医療機関の医療を受けてきたかにより、地域処遇に移行する際やその後の地域生活支援や処遇計画に多少の影響についての実感が、聞き取りにおいて語られた。

② 指定通院医療機関

(ア) 量的不足と地域偏在から派生する問題

平成 21 年 3 月 1 日現在の指定通院医療機関は 330 ケ所の医療機関（国及び都道府県立の医療機関 53 ケ所、その他医療機関 277 箇所）が指定を受けている。一概に比較はできないが、2 か所から 33 ケ所まで自治体における整備格差は著しい。対象者にとっては、指定通院医療機関の不足や地域偏在により、生活圏域内に指定機関がないために、遠方への通院を余儀なくされる状況となる。通院へのモチベーションの阻害や病状悪化時の受診困難、経済的負担等を生じさせるものであり、地域生活維持のための通院治療の継続性の保証を難しくさせるものである。具体的に選択権を伴わない強制的な通院でもあるのに、アクセス困難や交通費の支援がないことなどは、通院の必要性を働きかける社会復帰調整官にとっては、支援を難しくさせていると言う。また、通院処遇期間中に利用する障害福祉サービスの諸事業や各種の支援機関は、居住地がある圏域内か周辺圏域となることが多く、医療機関との距離の遠さは連携のあり方にも反映しているという意見が聞かれた。例えば、生活状況や環境要因によって生じる病状の揺れの安定を図るために訪問や往診体制が整備されていることは、対象者にも地域の支援関係者にも安心であるが、現状では体制の担保はされていない。

¹指定医療機関の整備状況については報告書資料ページの研修資料（厚生労働省講師）を参照

こうした課題への対応として圏域内に通院先を整備すること、本制度による通院医療期間の医療アクセス費用の保障、訪問や往診等のアウトリーチ型医療提供体制の整備、などが求められる。通院処遇ガイドラインにも外来診療と訪問看護の提供医療機関が異なる複数の指定通院医療機関からの医療提供が想定される場合が記されているが、実際にそのような体制が実施されている例は現状稀である。

(イ) 指定通院医療機関の選定および内定の調整業務

指定通院医療機関に関する指定は法第 16 条において厚生労働大臣が行う旨があるが、実際には都道府県の所管となる地方厚生局が選定および内定を行うこととなっている²。地方厚生局は、できるだけ対象者の退院予定地に近い指定通院医療機関を選ぶという原則を尊重しつつ、入院処遇中の外出・外泊の状況や、社会復帰調整官の行う生活環境調整の内容等を踏まえ、候補となる指定通院医療機関の適切な選定・内定を行うこととなる。一方で、当初審判において対象者が当初通院決定となる場合も想定し、保護観察所が行う生活環境調査の過程で必要に応じて、保護観察所と地方厚生局、候補となる指定通院医療機関や都道府県・市町村との事前調整の協議が可能となっている。対象者に関して有する生活環境調査や調整等の情報を地方厚生局に提供する役割を保護観察所が持ち、指定通院医療機関の選定や内定を行う役割は地方厚生局にある。実際には、社会復帰調整官が指定通院医療機関候補のスタッフや管理者との調整に苦勞している事例も少なくないと聞いたが、厚生労働領域の都道府県や地方厚生局がしっかりと役割発揮すべきと考える。

3) 地域精神保健福祉体制について

聞き取りにおいて、地域精神保健福祉体制という項目分類からカテゴリズされた内容を表に示す。

現状の課題	・地域の社会資源が少ない中での対象者の受け入れが困難。
	・自立支援協議会での案件として取り上げられていない。
	・いわゆる困難事例に対する継続的ケアの欠如。
	・地域によっては、医療機関はあっても地域資源がまったくない。
	・相談支援専門員の併任による業務過多で関与を要請しづらい。
	・対象者が利用できるサービスの質・量の地域格差。
	・生活訓練施設のほうが利用しやすいが、報酬加算は新体系に移行した事業所のみが対象となっている。
	・制度全体を理解していなくても支援にかかわれる現状。
	・障害者自立支援法施行による保健所の関与の薄まり。
	・対象者の居住地設定における保証人問題。
処遇終了後の課題	・居住地の身近な場所での通院先確保の困難性。
	・現状の相談支援事業所では対応が困難。
	・処遇終了後のケアコーディネータは公的機関が担うべき。
	・現状では処遇終了後のケア会議の維持・継続が難しい。

² 指定通院医療機関運営ガイドライン：指定通院医療機関を運営するに当たり必要な事項等について記載したもの。作成：厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課（平成 17 年 7 月 14 日障精発第 0714001 号）

処遇終了後の課題	・医療機関における心理教育プログラムの継続。
望ましい体制	・ACTなどの導入による継続的支援体制の導入。
	・対象者家族に対する継続的な支援。
	・重度精神障害者の総合的なサポート体制。
	・精神科医療の底上げ。
	・民間事業所の底上げ。

地域処遇の展開は、通常精神保健福祉サービスや障害者自立支援法に基づく障害福祉サービス等の活用が前提とされている。このため、地域精神保健福祉体制の地域差が、地域処遇の円滑な推進に大きく影響を与えることとなる。

医療観察制度における地域処遇は有期限の処遇システムとなっており、処遇終了後にいかに通常の地域ケア体制を維持・継続していくかが大きな課題となってきた。医療観察法地域処遇システムで、ケアコーディネーターが明確に存在し、定期的なケア会議の開催により、ケア計画に基づく実施状況のモニタリングと必要に応じたケア計画の見直しが可能となっているが、現行の地域保健福祉体制は、計画的かつ継続的なケア提供システムが確立されていない。

現在、障害者制度改革に向けた関連法の見直し作業が始まっているが、今後、相談支援の充実やケアマネジメント体制の確立、公的機関の役割・機能の明確化が求められる。

4) 社会復帰調整官の業務について

聞き取りにおいて、社会復帰調整官の業務として分類した内容を表に示す。

・対象者への直接的処遇のほか、連絡会議等の開催など中心的に担う役割が多く業務過多。
・対象者の居住地設定の際に一緒にアパート探しを行っている。
・複数配置となっているが、調整官同士の情報共有の時間確保が難しい。

社会復帰調整官は地域処遇におけるコーディネーターの役割をもつが、それ以外にもすべてのプロセス、ステージで重要な役割を担っており、行政機関や障害福祉サービス事業所等との役割分担を明確にしておく必要がある。このまま、ケースロードが増えていくと社会復帰調整官がバーンアウトしかねない状況にあると言える。

5) 関係機関等連携について

①関係機関等との連携状況

社会復帰調整官は、平素から連携やケア会議の開催等を通じ、地方厚生局、指定医療機関、都道府県、市町村等の関係機関と緊密な連携体制を築き、地域社会における処遇が円滑に行われるよう、地域のコーディネーター役を果たす役割を担っており、地域によって差異があるものの、全体的には、関係機関においてある程度の協力連携体制は確保されている。

行政機関との関係性の良さが土台にある場合や、実際にケースに関わることで処遇の流れが掴め、それぞれの機関が役割意識を持ち、自分たちの仕事としての認識と責任感を持っている場合には良好な連携が確保されている。また、地域差はあるものの、従来の地域精神保健福祉体制の

成熟度が地域処遇における連携に大きく関係していることが分かる。

②都道府県及び基礎自治体等の行政機関との連携における課題

一方で、未だ医療観察法対象者への直接的関与がない場合や、ケース数が少ない地域の精神保健医療福祉関係機関および関係者は、対象者に対する支援困難度や処遇困難度が高いというイメージや、法対象者であることへの偏見を持ちやすい。実際に、対象者への支援を自分たちの業務と認識できていない場合には、連携体制をとりにくく、その上、行政が主体的に取り組むことに消極である場合、地域支援機関等としては関与することに対して非常に後ろ向きの姿勢にならざるえない現状がある。

また、地域住民等からの不安の訴え等に対する心理的負担を担うことへの抵抗等から、関与を回避したいという姿勢が関係機関に窺える。

このほか、行政機関での職員の異動等による担当者の交代が多く、連携関係を構築する際の弊害となる場合が多いことや、都道府県の本庁や市町村に福祉専門職の配置がなく、一般事務職のみが対応している自治体もあり、連携が取りにくい状況が明らかになった。

③今後の連携の推進のために

医療観察法による地域処遇対象者が増えていく中で、地域で支えていく力が求められてくる。そのためには、普及啓発に加え、支援者の育成は不可欠である。さらに、それぞれの機関内における連携体制を徹底していく必要がある。人材育成や連携機能の強化に関して、行政の主体的関与やバックアップが求められていることはいうまでもない。

また、処遇終了後の対象者への支援体制が円滑に進むよう、処遇終了前から各機関との連携を密にとり、地域支援機関等が法処遇終了者への支援が自分たちの仕事であるという認識を持って処遇終了する対象者を迎え入れることが求められる。社会復帰調整官中心の支援体制から、地域の各支援機関を中心とした支援体制に徐々に移行していける期間と体制の確保が必要といえる。

以下の表は、主な関係機関との連携における促進要因及び阻害要因をまとめたものである。

主な関係機関	連携促進要因
県	<ul style="list-style-type: none"> ・担当者が法について熟知している ・協議を重ね、意見のすり合わせを行っている ・全てのケア会議に出席 ・現況・概況についての情報交換を本課と行っている ・年に1、2回のコア会議を実施し事例総数や事例の全体を把握、共有 ・他ケースと比較した上で第三者的な意見を言える ・他機関への助言を行っている ・社会復帰調整官との関係作りを行った
精神保健福祉センター	<ul style="list-style-type: none"> ・困難ケースの対応をしている ・ケア会議において各機関に助言をしている ・センターで行う業務として位置付けている ・運営要綱作成時から関係構築に取り組んでいる ・全ケースを把握している ・精神保健福祉士がいる ・機関に対するスーパーバイズを行う役割をとっている ・訪問を実施している
市役所	<ul style="list-style-type: none"> ・全てのケア会議に出席している ・対象者となる以前から面識があり当該者へのネットワーク構築済み

市役所	<ul style="list-style-type: none"> ・逃げられない立場にあるという認識 ・医療観察法を特別視していない ・市町村と県庁が一体的に業務を行っている ・実際に対象者との出会いにより医療観察法という意識が薄れた
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・全てのケア会議に出席している ・精神保健担当の保健師が居る ・専任の相談員がいる ・保護観察所のバックアップを得ている安心感 ・町の担当者とペアの訪問体制で、お互いの責任感を高める ・可能業務量の見極め ・入院中から会議に参加する ・帰来地の浮上後、想定担当保健所に早めに協力依頼を打診(準備期間) ・訪問を実施している

主な関係機関	連携阻害要因
県	<ul style="list-style-type: none"> ・制度への関わりが消極的である ・制度の普及啓発をおこなっていない ・本庁の担当者、制度についてのやり取りがほとんど無い
精神保健福祉センター	<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議へ参加していない ・人手不足から関われないという姿勢がみられる ・福祉職がいない
市役所	<ul style="list-style-type: none"> ・まだケースが出ていない市町村が多い ・どのように関われば良いのかが分からないという状況がある
保健所	<ul style="list-style-type: none"> ・本当に自分たちの仕事なのだろうか、という疑問がある ・“やらされている感”の解消なく処遇開始となり歩調が合わない ・医療観察制度以外の業務で手一杯である

6) 生活保護制度関連

以下に聞き取り調査から明らかになった点を表記する。

入院決定・入院処遇中の課題	<ul style="list-style-type: none"> ・原則は指定入院医療機関がある自治体とのことだが、生活保護の申請受理をどこの福祉事務所が担うかという主管事務所の決定に格差がある。 ・外出や外泊訓練の費用の支出に制限がある
地域処遇移行に関する課題	<ul style="list-style-type: none"> ・居住確保をする際に欠かせない入居契約金等の支出がされないことが多い。日用品費や障害加算等を対象者が貯蓄して充当している。またそれを社会復帰調整官や医療機関従事者が助言している。

表に記したように、生活保護制度の運用課題が、対象者の社会復帰や地域移行に関する支障を生んでいると言える。特に医療観察法制度における指定入院医療機関や指定通院医療機関の選択権もなく、遠方入院や通院を余儀なくされる対象者にとっては、社会復帰や地域移行の際の居住確保にかかる費用を要し、またその費用の保障がないことが社会復帰の阻害要因となる。言い換えれば、運用を見直し、社会復帰に必要な費用を生活保護費で支出することは可能ではないだろうか。医療費のみ国費で賄われるが、入院処遇や通院処遇を経て手厚い医療と支援を提供するこの法制度の目

的からすれば、地域移行や地域生活定着への部分も保障できる支援策や制度運用も考えるべきである。しかも、自治体による格差があることはおかしい。実態の把握も不可欠である。

7) 普及啓発

聞き取りにおいて得られた主な内容を以下に記す。

・制度説明の機会が十分に持てない
・市町村の自治体担当者への説明が必要
・医療観察法制度が地域に浸透していない
・地域に医療観察法制度の周知が進むと受け入れ反対等が強まる懸念がある
・地域住民との調整に不安を持つ地域支援機関等がある
・支援関係者にも偏見やラベリングが強い
・関係機関等が医療観察制度への関与を継続し成功例を継承していく普遍化

医療観察法制度が施行されて5年目を迎え、地域処遇を受ける者や処遇終了者が増え、当該法制度が対象者への支援に携わる機関や者を中心に周知されてきた。また、裁判員制度の施行に伴い、裁判への社会的関心も高まり、事件加害者への起訴や審判結果に関する報道等にも触れる機会が増えた。そのような背景もあり、法施行当初に比べれば、法制度に関する周知の状況は進んだと言える。しかし、他害行為の事実やその被害者や被害が存在すること、刑罰と違い、医療提供や支援が地域住民にとっては安心感を持てる仕組みとして見えにくいこと、対象者像や疾病への特別視などから、責任は固有の一機関にあるのではなく社会全体で支援する仕組みを共生社会として構築することに至るには未だ遠い感がある。しかし、既に対象者に接した支援者の中で、支援に関与する事前事後の理解や態度が変容している事実が確認されている。法制度に関する普及啓発と合わせて、個々の事例による体験や知見の蓄積が普遍化されることで、対象者は適切な医療と社会復帰支援を要する者であり、共に暮らす市民としての理解が進むことが必要である。

参考資料 保護観察所社会復帰調整官への聞き取り内容

以下に6ヶ所の保護観察所の社会復帰調整官への聞き取り内容を重複等を省き記す。

【関係機関との連携等】
〔医療機関等との関係〕
<ul style="list-style-type: none"> ・動き出すまでのケア会議の調整が大変。一回動き出せばいいが、状態が落ち着かない対象者の場合緊急なケア会議を開く必要もあり、調整が大変。 ・ケア会議の参加メンバーは運営要綱で決まっている。こころの健康相談所・センター3ヶ所、保健所・保健センター、市町村(障害福祉課)。 ・指定通院医療機関は地域偏在あり。市内には皆無であり、周辺の指定通院医療機関にお願いせざる負えないことのやりにくさがある。 ・鑑定入院は受けても指定通院医療機関は受けない医療機関が多かった状況を変えるのが難しかった。お願いして徐々に引き受けてくれるようになった。
〔県との関係〕
<ul style="list-style-type: none"> ・本庁の担当者と医療観察法についてのやり取りはほとんどなく、どんな対象者が出たのかという通知先という存在。また、担当者の交代で制度を知らない人が担当となることの負担。 ・医療観察法における対象者の情報を受け取りたくないという状況もあった。 ・従来、措置入院に関して警察と保健所間で通報を受けるか否かというやりとりがあった。そうした問題が未解決のまま、措置症状がある人がたまたま医療観察法の6罪にあたることを行っていた場合に、即、医療観察法対象だから保護観察所への対応を求める連絡が入ってくる。 ・法施行当初までに各都道府県の運営要領作成を行ったが、当時から保護観察所としては県と共同の取り組みに拘っていかうという認識で行ってきた。残念だが“共同”とはならず、施行前にやっとのことで“協力”という内容に落ち着いた。 ・連携状況の中では、医療観察法への姿勢が消極的な県との関係が一番遅れている。 ・やっとならば県の保健センターや保健所、精神保健福祉センターとで会議ができる状況になった。 ・毎年の現況・概況についての情報交換は本課とは行っている。情報のやり取りを昨年からはやっとならば県ルートで行えるようになった。 ・以前、社会復帰調整官が生活環境調査に出向きたい場合、県は依頼文書を発出するまでは動いてはだめだ、という状況であったが、ようやく現在は依頼文無しに訪問することや、電話調整で動けるようになった。 ・年に1回～2回コア機関の会議を設定し、事例総数や事例の全体を把握し共有。構成：県の主管課（健康福祉部と障害福祉課）、精神保健福祉センター（県立および市センター）、政令市の主管課、保護観察所。主管課は指定通院医療機関を増やすにあたり、あまり主体的に動かないが、地方厚生局が病院へ同行し、制度説明を行い、コア会議に出席してプレゼンテーションに加わる形での連携あり。保護観察所と地方更生局の地理的近さ、地方厚生局と県精神病院協会の関係が良好である上に県の主管課が関わっている。基本的には保護観察所が行っているが、要である県精神科病院協会のもとに、関係者が集まってプレゼンテーションを行う流れ。 ・施行当初、各機関の考えから連携が難航した経緯があるが、しっかりと協議を重ねたことで、法施行後、実際に事例が出始めてからは、大きな問題や抵抗はなかった。 ・市町村と県庁と一緒に業務を行っているため、比較的意思の疎通が良好。業務区分に関して明確でないのか問題がない。
〔保健所〕
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の担当保健師に保護観察所から働きかけ、理解を促す努力をしていくしかない実態。 ・医療観察法制度以外の業務で手いっぱいな印象。 ・社会復帰調整官が突然事例を持って行き、協働しましょうと言っても、保健所が直接に関与したり、発見したケースではないので、“やらされている感”を持つ保健所もある。最初の導入や歩調合わせが支援連携には重要で、そののちに良好な連携ができる。 ・全てのケア会議に出席している。 ・医療観察制度専任の保健相談員がいるため連携が取りやすい

<ul style="list-style-type: none"> 生活環境調査の段階で、社会復帰調整官からこれまでの関わりについて確認すると同時に、今後の支援について依頼を行う。
<ul style="list-style-type: none"> 対象者が入院となった時点で、対象者が帰る地域が決まっている場合、早い段階から、圏域の保健所に依頼をし、入院中から会議等に参加してもらうように調整している。
<ul style="list-style-type: none"> 通院になってからは、ある程度支援をしてもらう必要があるため、入院中から訪問などに来てもらう、もしくは対象者に保健所に行ってもらおうと同時に、社会復帰教室などを行っている場合の利用についても積極的にお願いしていく。
<ul style="list-style-type: none"> 大体月1回程度、ほぼ9割位は訪問支援を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 保健所圏域に情報収集をして社会復帰調整官に情報提供している。
〔市町村〕
<ul style="list-style-type: none"> まだケースがない市町村のほうが多い。
<ul style="list-style-type: none"> 初めて事例を体験した市町村は、拒否よりもまず、どうしたらよいか分からないという状況。
<ul style="list-style-type: none"> 基本的には協力関係が良好。ただ、スタート時点でうまく歩調があっているかという微妙なところである。
<ul style="list-style-type: none"> 本当に自分たちの仕事なのだろうか、と地域の方は思っている印象。社会復帰調整官が突然ケースを持っていき、一緒に仕事をしていきましょうと言っても、地域関係者が関わったり、発見したケースではないので、“やらされている感”がある様子。
<ul style="list-style-type: none"> 定期的なケア会議を重ねていくことで、相談支援や訪問同行を行ううちに次第に歩調が合い、一緒に支える担い手になる。地域処遇に移る頃には連携をとれる体制になっている実感。
<ul style="list-style-type: none"> 処遇実施計画書に明記されているため、押し返されたりするようなことはないが、仕事振りに消極的姿勢等が現れる担当者はいる。
<ul style="list-style-type: none"> 精神保健福祉センターがケア体制には参加していないが、市の本課とセンターが同等の力を持っており、情報交換を常に行い、問題が起こっても、対応できている。
<ul style="list-style-type: none"> 市の精神保健福祉センターには訪問チームがあり、元来困難ケースを扱うチームであるから、医療観察法のケースを全部担当している。終了後も含め非常に調整しやすい。このような機能が必要と考える。
<ul style="list-style-type: none"> 他機関と職務上はうまくいっているが、機関や人によって姿勢に違いが著しい。それらの問題点が見えても、他機関に対しては踏み込めない部分がある。勉強会や事例検討をするにしても、学ぼうとする気持ちで集まらないと意味のないものになってしまう。
<ul style="list-style-type: none"> 協力的。
<ul style="list-style-type: none"> 連携がとれているとは言いきれないが、わりと好意的、協力的に動いてくれている。
<ul style="list-style-type: none"> 全てのケア会議に出席・ケア会議にはほぼ100%参加。
<ul style="list-style-type: none"> 声をかければ積極的に動いてくれる
<ul style="list-style-type: none"> 窓口になるのは障害福祉課の保健師
<ul style="list-style-type: none"> 生活環境調査の段階で市町村の方に挨拶を兼ねて出向くと医療観察法ということで構えが強いが、実際に対象者の方に出ると、特に医療観察法の対象者という意識は薄れていく様子である。
<ul style="list-style-type: none"> 市の保健所保健相談員がそのまま市の医療観察制度担当となり、保健所と市が一体的に対応。
<ul style="list-style-type: none"> 市町村の保健センターは訪問活動をしており、依頼によらずプロセスはいろいろだが、保健師が、アウトリーチをやってくれている感じになっているところがほとんど。
〔精神保健福祉センターとの関係〕
<ul style="list-style-type: none"> 関係性は協力的で良好
<ul style="list-style-type: none"> 法対象者となる以前から地域住民である方の支援ネットワークができていた状況があった場合等、医療観察の対象者故の拒否感は見られない。
<ul style="list-style-type: none"> 1つ1つの事例の関係機関の間に入って情報収集、情報提供を以前から行っている。
<ul style="list-style-type: none"> 担当者が医療観察法についても熟知しているため連携を取りやすい
<ul style="list-style-type: none"> 他のケースとの比較ができる立場であり、第三者的な意見をもらえる
<ul style="list-style-type: none"> 直接対象者と関わらないため距離がある立場から、連携状況等に言いにくいとも言える立場にあり適切な意見をもらえる
<ul style="list-style-type: none"> 医療観察法について普及啓発を行っている様子は伺えない

<ul style="list-style-type: none"> ・県および市のセンターどちらにも精神保健福祉士がいてやりやすい。
<ul style="list-style-type: none"> ・市のセンターは、保健所のバックアップを直接行うという方針があり、対象者訪問を行っている。また、ケア会議にも出席。
<ul style="list-style-type: none"> ・県のセンターは直接処遇を基本的にはせずに、機関に対するスーパーバイズを行う役割をとっている。保健所から、精神保健福祉センターに助言を得たいとの依頼がある場合に、保護観察所からセンターへ連絡をし、ケア会議に出席してもらうシステムになっている。通院事例に関して、現時点で1/10件の会議に出席したという状況。
<ul style="list-style-type: none"> ・県全般の状況においての情報交換をセンターとは行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・個別困難事例が出た場合に相談、助言を得る。
<ul style="list-style-type: none"> ・必要に応じケア会議に出席という方針。現在は相談関係のみでケア会議出席を依頼していない。
<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉センターは、保健所に対し、事務連絡・事件の全体的な評価・居住地調整を保健所と協働する・困難ケースの対応・事業所の選定・ケア会議での助言
<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健センターは医療観察を業務の中に組み込んでいるため協力してもらえる。また、運営要綱の作成の時から関わっているため、連携関係はできている。

【地域処遇実施における関係機関連携課題】

〔普及啓発について〕

<ul style="list-style-type: none"> ・制度がまだ地域に浸透していない。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域関係者の医療観察法に対する理解がまだ低い。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域住民との調整に関する不安、地域支援者の持つ偏見や責任の所在への不安など、地域側の受け入れ拒否がまだ強い。

〔地域精神保健福祉体制について〕

<ul style="list-style-type: none"> ・地域の社会資源が少ない状況で対象者の受け入れを要請していくことに困難を覚える。
<ul style="list-style-type: none"> ・自立支援協議会にも医療観察対象事例がきちんと取り上げられて、地域の連携に結びつけば良いと考えるが、実際には、なかなか俎上に乗せられず、リンクさせることが難しい。

〔地域処遇実施体制について〕

<ul style="list-style-type: none"> ・指定入院医療機関・指定通院医療機関が少ない。
<ul style="list-style-type: none"> ・指定通院医療機関の遍在。
<ul style="list-style-type: none"> ・遠方との調整になる。
<ul style="list-style-type: none"> ・指定通院医療機関の開拓について主管課に主体的かつ積極的になってもらう必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・指定通院医療機関の承諾の依頼について、本来ならば厚生労働省の管轄であるはずだが、社会復帰調整官が下準備等をした上でルートにのせている実態があり負担。
<ul style="list-style-type: none"> ・公的な病院が指定通院医療機関を受けていない現状において、民間病院は当然消極的になる。
<ul style="list-style-type: none"> ・指定通院医療機関が遠い場合の対象者の経済的負担感。
<ul style="list-style-type: none"> ・圏域に1ヵ所あるような基幹病院が指定通院を担ってもらえると良い。
<ul style="list-style-type: none"> ・指定通院医療機関の精神保健福祉士は業務が忙しい中で、対象者を受け入れることのモチベーションが上がらるような手当がない。
<ul style="list-style-type: none"> ・住居問題（保証人問題、事業所側の受け入れ拒否、社会資源不足）等で帰来先が見つからない。
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の家族も病気である場合の受け入れ調整等困難課題あり。
<ul style="list-style-type: none"> ・各都道府県保護観察所で行っているシステムや工夫(北海道のDMSや神奈川的生活環境調査時に行政機関へ調査をかけるシステム等)が、地域性（広さ）の問題や、社会復帰調整官が一人体制にあって責任を全て負わなくてはいけない状況などから、他の都道府県に般化されにくい。
<ul style="list-style-type: none"> ・医療観察法の対象者を受け入れることの負担感が地域にある。

〔社会復帰調整官としての業務について〕

<ul style="list-style-type: none"> ・アパート探しについても調整官と一緒に探している実態があることと本来の業務範囲か否か。(家族と一緒に
--

<p>に行うこともある)</p> <ul style="list-style-type: none"> 調整官2人体制だが、出張も多く、調整官同士の情報共有が難しくなってきた。場合によっては自分のケースでなくとも対応の必要が出てくるため、情報共有をする時間は確保したい。
<p>〔ケア会議について〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> ケア会議出席に対する交通費等がかかる。所属機関負担となることや、機関によっては業務外となり、出席者に手当が出ないことがある。保護観察所から謝金として数千円を会議参加時に支払っている現状。
<p>〔生活保護の取扱いについて〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> 帰来先居住地としてアパートを確保しても、生活保護受給の場合、退院後でないと支給されず調整が困難なことが多い。 生活保護受給の関係で、住居確保のしやすい都市部周辺での住居設定となりがちである。
<p>〔処遇終了後の課題について〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> 公的機関がコーディネートまではしなくとも何らかの関わりを保障してもらいたい。 支援過程で、通院先を遠方から身近な場所に移す難しさ。
<p>【都道府県及び基礎自治体等の行政機関との連携における課題】</p>
<p>〔良好な連携機能〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> 比較的行政機関との連携がうまくいっている。 大きな問題はない。 都道府県や市町村が対応してくれないということが無い。各機関の役割が果たされている状況。
<p>〔普及啓発（に必要性）について〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> 普及啓発とか連携の観点から医療観察制度の説明を地域に行く必要があるが、現状は不十分。 保健所には割と周知されていると思うが、市町村となると対象者が出ていない所もあり、そのような市町村に対しても、現在の医療観察制度の状況を説明する必要がある、今後実施していきたい。
<p>〔都道府県との連携について〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> 本庁の精神保健担当者との協議は、現状と課題の把握を目的として、年に1、2回行っており、精神保健福祉センターも参加する。 県の本庁には福祉職の人はおらず、皆、行政職のため連携が取りにくい。 保健所によって温度差がある。 担当者異動で業務に支障が生じる、県に担当の窓口はあるが、担当者がどんどん代わってしまう。 保健所や保健師によっては、“うちは精神保健福祉法の担当ですから”（医療観察法の担当ではないですから）というような姿勢を感じることもある。
<p>〔市町村との連携について〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> 市町村との連携についてはまだ進展の途上段階。実際にケースに関わり始めるとスムーズに行く。 市町村では、精神保健福祉専門職を配置しているところ、一般事務職が対応しているところある。
<p>〔連携における主体的な取り組みについて〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> 県の主管課と市と保護観察所の3主管体制をとっているはずだが、実際の主体はほぼ保護観察所となっている。その3本柱で、それぞれの機関が主体であるという認識を持つ必要があるし、きちんと回していくように努力していくべき。現状では、コア機関の会議の主体は保護観察所になっており、全ての会議の主体を担っている状況。県や市とバランス良く担っていけたら良い。
<p>〔障害福祉サービス事業者等との連携について〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> 行政が主体的に取り組まない状況もある中で、地域関係者に担ってくれ、というのは難しい。
<p>〔社会復帰調整官業務について〕</p>
<ul style="list-style-type: none"> ニーズの問題解決や、他の対象者への処遇をこなしながら、入院中も行政との連携を図らなければならない。その他にコアとなる機関の会議や、運営連絡協議会も開かなければいけない。広域調整、マンパワーの状況、法制度運用の回し役など、こなしながらの頭の切り替えが難しいし、実際に激務であると感じる。
<p>〔制度上の課題について〕</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・精神保健福祉法には大都市特例があるが、医療観察法には大都市特例がない。
【地域処遇中における医療観察法、精神保健福祉法、障害者自立支援法等各サービスやシステム等を活用するマネジメントの工夫点】
〔処遇終了後を想定した精神保健観察期間中からの関与〕
<ul style="list-style-type: none"> ・保健所はどのケースにも関与している。ケア会議への参加、定例面接、訪問を月1回程度行ってもらっている。そこで対象者との関係作りをしているので、処遇終了後も継続してもらえるように依頼している。（しかし、担当者の異動や対象者本人にニーズがない場合は困難が生じている） ・できるだけ地域の相談支援事業者に処遇終了前から関わってもらい、できれば終了後もケアマネ的な役割を継続し、必要な時はケア会議を行ってもらえるように、意識的に関わってもらえるような働きかけをしている。 ・処遇終了後も何らかの関わりを持たなければという雰囲気は現在、関係機関にできてきている。 ・処遇終了の1年くらい前から少しずつ終了後の体制確認を行い、コアとなる機関を設定して、最後の半年間はなるべく終了後の支援体制、情報収集において、コア機関にシフトしながら終了していくというパターンをとっている。
〔ケア会議の工夫について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議はあえて司法的な雰囲気を出さないようにし、精神保健福祉法上のケースと同じように行えるようにしている。 ・定期的なケア会議の開催により、対象者を定期的、継続的に観ていくことの必要性を認識してもらっている。
〔連携上の工夫について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者に何らかの動きがあるときは連絡の量を増やしている。 ・その地域での第1例目のケースについては、社会復帰調整官がある程度、関係機関に業務分担するが、慣れてくると、地域関係者が自分たちのすべき仕事を把握し自ら動いてくれるようになる。地域特性として、福祉制度が充実しており、各機関が自分の機関の良さや役割を発揮してくれるまでの、予備代替として、前もって調整官が当初はコーディネートしているような状況。 ・対象者に対し、まず相談しやすい人に相談するように伝えている。処遇が経過し、本人とのやり取りを繰り返す中で、どの相談をどこの機関にしたらよいかを対象者本人が理解してくる。それと同時に、保健所や、市の人たちも、今まではお客さんという感じで対象者に接していたが、本人から相談に来てくれるようになり、徐々に親密になっていく。 ・最初のケースとなると、時間がかかるが、徐々にケースを受け持つことで慣れてきて、最初からそのような話をしてくれるようになる。対象者サイドも徐々に流れが見えてくるようになる ・いきなりだと責任の所在への不安が出現するので、段階的に良い頃合いを見て少しずつ地域に連携の比重を移していく。
〔処遇終了後の課題について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・処遇終了後、ケア会議のような連携を維持していくのは難しい。呼びかけを担う機関がどこなのかという問題がある。
〔障害福祉サービス事業者等の受け入れ課題について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・居住系事業所数が少ないことに加え、医療観察法の対象者への偏見がある。また、他の利用者や管理上のことを考えてしまう状況が見受けられる。 ・医療観察法を強調すると事業者側の負担になってしまいかねない。できるだけ、最初に本人に会ってもらい安心感を持ってもらうことで、法対象者のフレームではなく受け入れを判断してもらうようにしている。 ・県内の事業者においては、受け入れは好意的であると言える。 ・利用している事業所や、日中利用しているサービスをサポートし、介入できるような組織機能を作る必要がある。 ・相談支援事業者は処遇中からかわることが難しいのではないかと。処遇中は相談先が沢山あるため、その中で相談支援事業者がどのような役割をとっていいのかよくわからない。処遇中から役割をとっていないと引き継ぎが難しいのではないかと考える。
〔地域精神保健福祉体制の課題について〕

<ul style="list-style-type: none"> ・システムとしてACTのように困難ケースにきちんと関わるチームが必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域処遇者が増えていく中で、前例を見聞きする機会が増え、“私たちにもできるかも”という状況が支援に繋がっていくと良い。
<ul style="list-style-type: none"> ・医療観察制度の問題は、精神保健福祉の問題である。本来の地域ケアの整備が行われないとだめ。居住サービスの充実が必要。医療機関も質を向上させ、作業所等と連携できるような状況にする必要がある。普段から保健所等が動ける体制、相談にのれる体制の確保も必要である。
<ul style="list-style-type: none"> ・北海道のダブル・マネージャー・システムについてであるが、困難な事例には、このシステムだけでは難しく、包括的な緊急チーム機能が付加される必要があると思う。
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者の居住地の市町村がコーディネーター役になるのが望ましいが、いつまで縛りがかかるのかという問題や、市町村自体が積極的でない現状がある。市町村のスタンスとしては、何か問題が起きれば動き出すという状況にある。
<ul style="list-style-type: none"> ・地域関係機関にコーディネートできる人材がいると良い。できれば、異動がなく継続的支援提供可能な人が良い。
<ul style="list-style-type: none"> ・主治医が指揮をとって時々関係者で集まって話せる機会があると良いが、実際には難しい。
<ul style="list-style-type: none"> ・処遇終了後のコーディネーターには、通院先の精神保健福祉士が一番頼りになる。しかし現在の業務量を抱えたうえで、どれだけの手間をさけるのか、という問題がある。業務量が多い人をお願いするというのは現実的ではない。だからといって相談支援事業所となるとケースにもよるが、かかわりが薄い場合が多く難しい。また、ワーカーの熟練度によっても異なるだろう。
【処遇終了に向けての社会復帰調整官の対応】
〔社会復帰調整官としての不安〕
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者本人がニーズを把握しきれない場合、処遇終了後にどのように生活していくのかと心配になる。処遇終了と同時に、法的には保護観察所が離れてしまうことを考えると、地域処遇期間中に、治療の必要性や人と係ることの重要性等を伝えていきたいが、なかなかうまくいかない。地域処遇の枠組があるからこそ、今は何とか繋がっていられる状況と言える事例もある。
〔具体的な対応について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議において、保護観察所の方から処遇終了期間について意識的に伝えていく。
<ul style="list-style-type: none"> ・現在、相談支援事業者が関わっているケースは1ケースのみ。
<ul style="list-style-type: none"> ・基本的に医療観察制度にのった時点から終了を意識している。
<ul style="list-style-type: none"> ・相談すること、医療にかかること等、最低限のことを本人に伝えながら終了を迎える。
<ul style="list-style-type: none"> ・特別視をしてしまう医療機関や地域に対し、特別ではないことという話しを最初にし、徐々にフェードアウトしていくイメージで処遇を進めていく。具体的には社会復帰調整官の訪問回数を意識して減らしていくことや、相談等の内容に対して、適切な相談先を紹介し、繋げていくなど行う。
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者本人が地域に出た際に、相談できる機関を増やしていくことをイメージしながらの調整を行っている。
<ul style="list-style-type: none"> ・リスクマネジメントをし、注意サインをチームみんなでも共有する。
<ul style="list-style-type: none"> ・最終的には、最低でもケア会議の主催呼びかけをお願いする機関だけは設けておくとも考える。終了後当面は定期的に行えるように調整している。
<ul style="list-style-type: none"> ・関係機関に医療観察制度に慣れていってもらえるようにする必要がある。成功例を引き継いでいってもらえない。
<ul style="list-style-type: none"> ・プラスの考え、方法を意識しながら他機関と支援状況を共有する。
<ul style="list-style-type: none"> ・処遇終了後の引き継ぎのイメージとして、クライシス時の練習を本人に処遇中に行わせる（電話や相談）。その上で、社会復帰調整官があまり中心とならないようにする期間を作り、現段階では保健所が多いが、例えば保健所や、相談支援事業所など他機関が中心になって行いましょうというテスト期間を設ける。このテスト期間を行った上で処遇終了を迎えることになる。
<ul style="list-style-type: none"> ・対象者本人と、その家族にも、処遇終了後のイメージを伝え、少しずつ練習をしていきましょう、と調整官が関与して、ヒントを減らしながらバトンタッチしていくというイメージで引いていく。
<ul style="list-style-type: none"> ・訪問等についても継続して月1回程度維持してもらえるように、お願いしている（行政機関、病院、訪問看護等）。それぞれの関係機関の情報共有については、処遇終了後に核となる機関が窓口となって共有していく。

〔地域精神保健福祉体制の課題について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・北海道道東地区のダブル・マネージャー・システムを導入すると処遇終了後がスムーズにいくケースもあるだろうと考える。 ・処遇終了後のケアの中心的役割を担うのに適している機関は、保健所、地域生活支援センター。 ・処遇終了後のコーディネートを民間ばかりにお願いするのはおかしい。やはり公的機関に関わってもらう必要がある。 ・今まで社会復帰調整官が担っていた部分が抜けてしまう中で、基本的には地域の精神保健福祉等のサービスを利用するようになるが、うまくケアが引き継がれていくような流れが必要。
〔処遇終了後の課題について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・指定入院医療機関において行われている対象者への心理教育が、入院処遇終了後の通院や服薬において継続されにくい。同様に指定通院医療機関において行われている治療の継続も課題。
〔普及啓発について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・県内で医療観察法制度に関する研修は、当初はさまざま行っていたが最近では行われていない。今年は、運営要領の中にある地域連絡協議会を行うことになっているが、今まで出来ていなかった。しかし、社会復帰調整官が2人になったので全圏域で行うことになった。その場を利用して制度概要や、現状についての話をしているのが現状である。
〔必要と考えている地域処遇体制整備上の改善点〕
〔地域精神保健福祉体制の整備について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・地域活動支援センターや訪問看護、ACTのような機関が関わり、生涯ずっと誰かが寄り添っているという体制をとれると良い。 ・家族が問題を抱えている場合も多い。アドバイスを継続的にできると良い。重度の精神障害者を総合的にサポートできる体制が作られると良い。 ・専門的なコーディネートを行えるような人がいると良い。 ・地域に訪問系のACTのようなシステムがあると良い。 ・医療の底上げが必要。 ・地域によって対象者に行えるサービスの量や質が変わることを改善する必要がある。 ・医療観察法対象者が精神保健福祉法上の資源を分け隔てなく普通に利用可能とする必要がある。
〔地域移行に関する中間的居住系施設整備について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・既存の民間事業所の底上げがまずは必要。 ・事業所について、障害者自立支援法に移行した事業所には加算があるが、旧法体系の事業所にはないままとなっている。使い勝手でいえば、箱払いの報酬やマンパワー、部屋の確保等、旧法事業所のほうが使いやすく、おもしろいという事情があり、新体系の事業所側に負担がかかっている状況。
〔指定通院医療機関について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・指定入院医療機関が地元にあると良い。 ・指定通院医療機関に対して十分な報酬がなく、専任の職員がいない。その中で、従来は訪問機能を持たない病院が無理をして訪問してくれている状況がある。 ・指定通院医療機関が足りない。 ・対象者の通院交通費自己負担の問題。 ・ワーカーのモチベーションが上がる手当の創設。 ・公的な病院は、一番近くの交通機関から誰でも利用できるようなシステムやネットワークを確保してほしい。 ・指定入院医療機関は、入院のみでなく通院も受け入れてほしい。通院を受け入れて初めて分かる入院から通院終了に至るまでの継続的医療の仕上げのレベルがあると考え。 ・指定通院医療機関に複数の対象者をお願いするには、お金、人の配置が必要。
〔入院中の処遇について〕
<ul style="list-style-type: none"> ・体験外泊等をもっと積極的にできる環境整備が必要。現状では本来の“外泊”の意味と違う。 ・開放病棟を経て地域に帰っていくようなシステムが無い。

<ul style="list-style-type: none"> 生活保護制度の制約で指定入院医療機関から外出、外泊することが、月に1回程度しかできない。
<ul style="list-style-type: none"> 退院申立てしてから退院許可が出るまでに期間があくため、実際にアパートを見つけても、生活保護費から入居契約等に必要なお金は出ない。
<ul style="list-style-type: none"> 退院直前にアパートが決まるというような状況の中で、外泊訓練が難しい。
<ul style="list-style-type: none"> 入院中や年金受給の対象者は、地域生活を見据えた時に必要な生活保護申請の対象から外れてしまうことが多い。
<ul style="list-style-type: none"> 法対象者となる際に生活保護受給となる者の、受理する福祉事務所が指定入院医療機関のある地域の場合とそれ以外の場合がある(原則は入院地)。
<ul style="list-style-type: none"> 当該県の福祉事務所では、生活保護費からアパート契約の費用は出されない。
<ul style="list-style-type: none"> 外泊訓練費用は生活保護費で支出されないため、対象者が入院中に貯めた年金や加算等を用い実施している。
〔その他制度上の改善点について〕
<ul style="list-style-type: none"> 当初審判でダイレクト通院決定の対象者には、制度理解を進める時間や機会が入院決定に比べると少なく、理解できていないので難しいことがある。
<ul style="list-style-type: none"> 通院先を決めるまでに時間が短く調整が大変。
<ul style="list-style-type: none"> 通院決定の場合、ケア会議の日程を早急に設定しなくてはいけなくなるため調整が困難。
<ul style="list-style-type: none"> 以前は作業所やグループホーム等の紹介をするのは保健所であり、保健所が必ず対象者に関わる安心感があった。しかし、現在は福祉サービスの紹介やあっせん等窓口が市町村に変わった。自立支援法により相談支援機能が完全に委託できるようになり、自由に事業者が参入できる良さはできたが、間口が広がった分、関与の度合いが浅くなってしまった実感がある。今後、医療観察法制度について、専門とする柔軟な仕組みや機能システムが必要。
<ul style="list-style-type: none"> 地域関係者の負担感をなくす必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> 今後、相談支援事業所で指定相談支援事業となるところが、処遇終了前の支援チームの試験的移行期間のキーパーソン役も担うようになると、保健所は関わりを引いてしまう危険性がある。
<ul style="list-style-type: none"> 居住地設定における保証人問題は大きい。
<ul style="list-style-type: none"> 公的機関の関わりを明確にする必要がある。
<ul style="list-style-type: none"> 社会復帰調整官以外はステージごとの関わりなので、制度全体について知らなくても部分的に支援出来てしまう状況になってしまっていることの問題。
<ul style="list-style-type: none"> 医療情報の提供について。特に当初審判で通院決定になった対象者の医療情報については、限られた情報しか受け入れ予定の指定通院医療機関に届かないため、なるべく不安を減らすような情報提供ができるようにしてほしい。現状ではさまざまな制約があり難しい実態がある(受け入れ確定になるまで情報は出せないなど)。
〔専門職教育〕
<ul style="list-style-type: none"> 対象者を支援していくにあたっての評価のズレがある。
<ul style="list-style-type: none"> 専門職の教育が必要と感じる。

第2節 障害福祉サービス事業所担当者に聞く地域処遇体制の現状と課題

障害福祉サービス事業所への聞き取り調査の実施状況は次のようになっている。精神障害者生活訓練施設3か所、グループホーム2か所のそれぞれの担当者にご協力いただき、概ね1時間から2時間の聞き取り調査を実施した。

1 本調査の聞き取り項目

障害福祉サービス事業所担当者への聞き取り調査内容は以下の通りである。

- 1) 事業所の概要
 - ① 事業体系
 - ② 職員数
 - ③ 職員の職種
 - ④ 事業所の定員数
 - ⑤ 事業所利用者を受け入れる際の流れ
- 2) 通常地域精神保健福祉における地域の自治体、関係機関との連携体制
- 3) 医療観察法対象者の受け入れまでのプロセスと現状の課題
 - ⑥ 今までに利用した対象者数
 - ⑦ 現在利用されている対象者数
 - ⑧ 医療観察法の対象者として一度に受け入れ可能な人数
 - ⑨ 医療観察法対象者の受け入れまでのプロセス
 - ⑩ 受け入れの打診が始まった治療ステージ（急性期・回復期・社会復帰期）
 - ⑪ 受け入れるまでのケア会議参加回数
 - ⑫ 受け入れるにあたってケア会議で1番課題になったこと
 - ⑬ 外泊訓練の回数
 - ⑭ 現在受け入れている対象者について課題となったこと
 - ⑮ ⑨であげた課題についての対処法、工夫点
 - ⑯ 医療観察法対象者を今後受け入れるにあたっての現状と課題
- 4) 地域の自治体、関係機関との連携状況
- 5) 自立支援法の報酬加算の対象外となっていることについて（生活訓練施設のみ）
- 6) 医療観察法地域処遇体制強化事業（障害者福祉施設等入所時支援事業）の効果予想について
- 7) 医療観察法の地域処遇を円滑に進めるために必要と思われる制度上の改善点

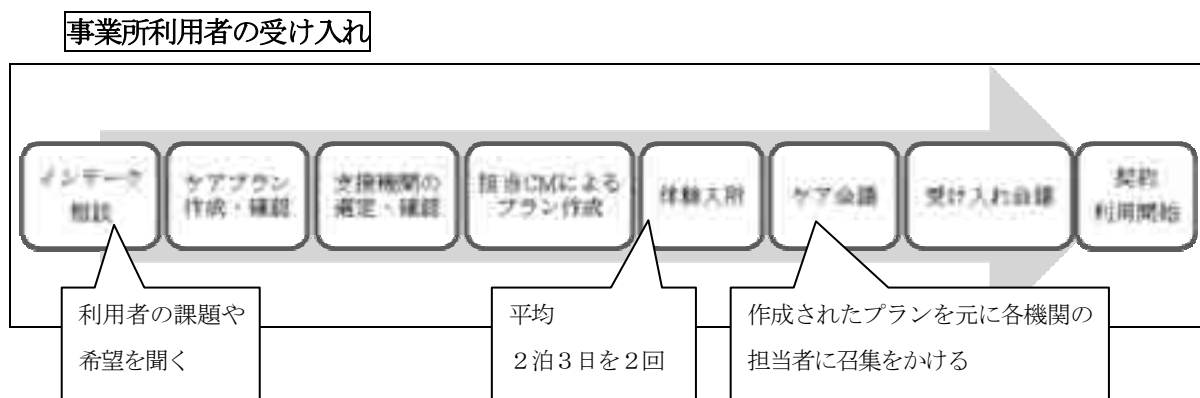
本聞き取り調査にあたっては、対象者を受け入れるにあたっての事業所側が感じた課題や、今後受け入れるにあたって、どのような連携体制やシステムがあると対象者の受け入れ促進につながるのか、という所に焦点を当てている。

2 聞き取り調査の結果

1) A生活訓練施設(援護寮)

職員数	職員の職種	事業所の定員数	圏域情報
5名	施設長 1名	20名	面積 : 918.47 k m ² 人口 : 422.994 人 世帯数 : 164.542 世帯
	ケースワーカー 1名		
	生活支援員 3名		

【受け入れまでの流れ】



【医療観察制度対象者の受け入れ】

○上記の受け入れプロセスと基本的に変わらない。ただし、ケア会議が開かれた回数が、通常の受け入れ時よりも多いことに加え、体験入所実施回数も2泊3日を計4回実施していた。

【連携体制】

【当該地域の精神保健福祉連携体制】

- 連携体制がとれている機関としてあげられたのは、市役所、デイケア、訪問看護、相談支援事業者、医療機関である。逆に、保健所や障害福祉課との関わりは、ケアプランのニーズの中に出てこない等の理由から、ほとんどない。
- 課題として、①当該地域においては、保健所も市役所も同じであり、どのように業務を担っていくのか、②当該事業所において、同じ敷地内に、県と市の委託を受けた相談支援事業所が2か所あるため混乱しやすいこと、である。

【医療観察制度における連携体制】

○A事業所において、医療観察法対象者が事業所を利用した例はなく、今後受入れ予定となっている対象者が初めてのケースとなる。受入れの打診が社会調整官から事業所に入ったのは、回復期から社会復帰期に移行する頃である。現時点までに対象者の外泊訓練中に、指定通院医療機関においてケア会議が2回開かれている。また、2泊3日の外泊訓練を4回行ってい

る。

○対象者を受入れるにあたって、ケア会議で課題となった事柄は以下のとおりである。

①外泊訓練中にケア会議が開かれたことにより十分な体験利用ができず、どちらを優先するか。

②対象者が指定入院医療機関の職員とのやり取りだけで、問題を解決してしまうため、本人の自立度が確認できないうえ、対象者の思いが事業所スタッフになかなか伝わってこないため、関係構築に時間がかかった。

③対象者のフラストレーションが溜まった時の対処法。

○これらの課題に対する事業所の対応や工夫点は以下の通りである。

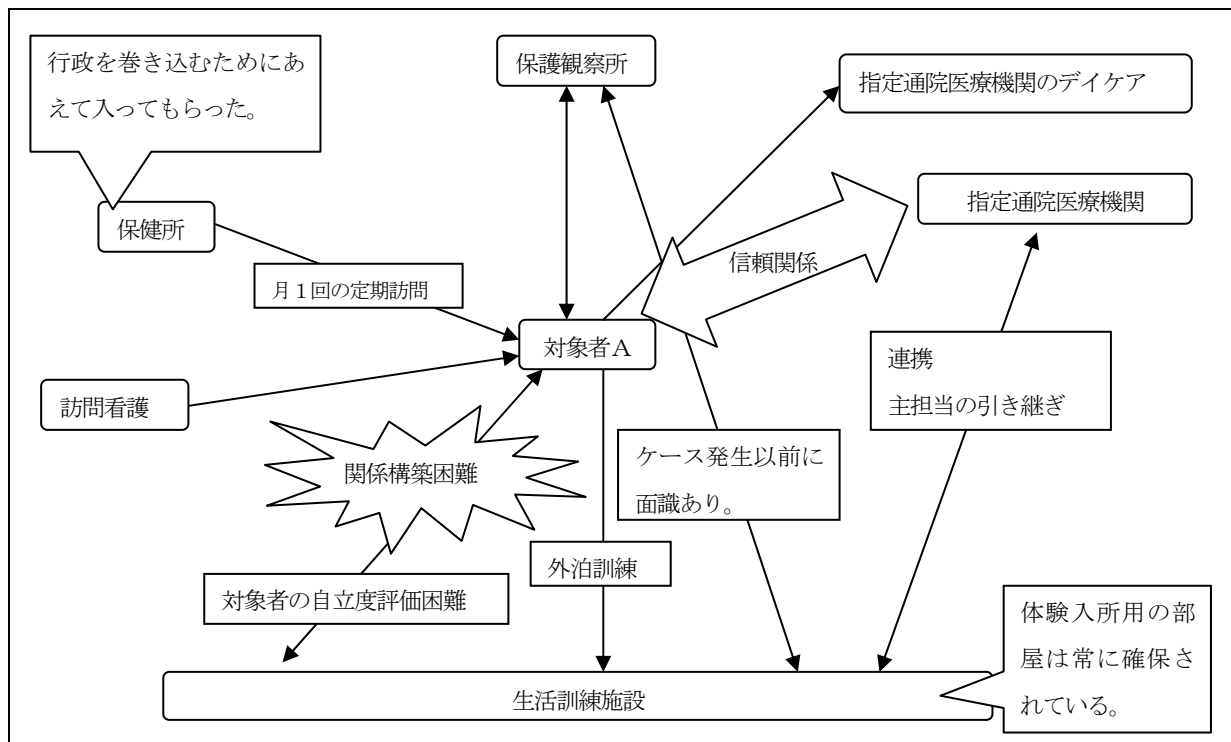
①対象者が問題を抱えた際に、事業所職員に相談した上で、医療機関の職員に相談するように相談順を変えた。

②何か問題が起きた時のために、医療機関から対象者に説明済みの資料（クライシスプランなど）をもとにどのように対応を行うのかの確認を簡単に行っている。

○対象者Aの受入れの打診がある以前に、処遇終了予定で地域精神保健への移行をめざしていた事例において、当該事業所でショートステイを利用したケースがあった。その際の関わりによって社会復帰調整官との関係構築がなされたことが、今回の対象者Aの受入れに大きく関係している。

○今後、医療観察法対象者を受入れていくにあたり、一度に受入れ可能な人数は、今回の対象者を実際に受入れた感触による。

図 11 A事業所の地域処遇における連携状況

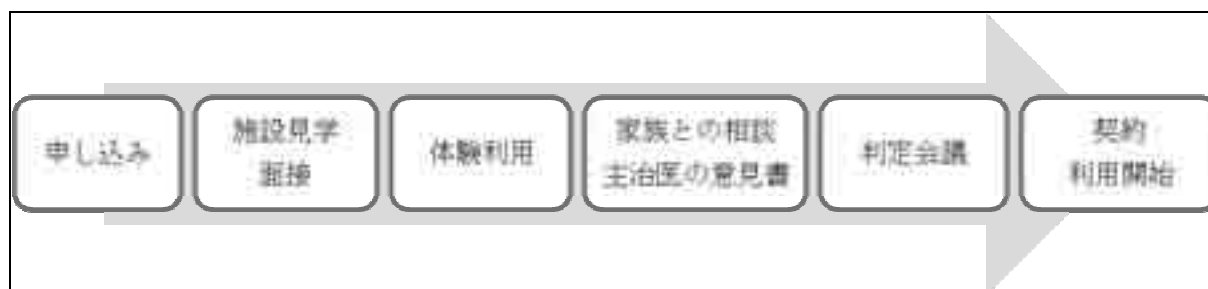


2) B生活訓練施設

職員数	職員の職種	事業所の定員数	圏域情報
5名	施設長 1名 精神保健福祉士 1名 社会復帰指導員 3名 嘱託医 1名	20名	面積 : 442.70 km ² 人口 : 94,648人 世帯数 : 33,696世帯

【受け入れまでの流れ】

事業所利用者の受け入れ



医療観察制度対象者の受け入れ

○上記の受け入れプロセスと基本は同じである。現在受け入れている対象者においては、事前に面識のある人であったため、大きな抵抗感もなく受け入れがスムーズに進んだ。

【連携体制】

当該地域の精神保健福祉連携体制

○主に保健所を中心に以下のようなネットワーク構築が行われている。

- ・考える会：平成3年頃、国の研究事業を活用し地域の連携体制を構築する取り組みを3年間行った。その際に、精神保健福祉の関係者が一同に集まる機会ができた。研究事業が終了後も“考える会”という名称にして継続しているとのことであった。開催内容は、全体会：2、3回/年、小委員会：1回/月、個別ワーキンググループ：1回/月(家族教室、ニーズ調査の追跡ワーキンググループ、事例検討会)となっている。
 - ・グループ交流会：年に1回、精神障害当事者が運営し、勉強会やレクリエーションを行う会。
 - ・認知症ネットワーク：虐待対策、ケアマネジャーとの連携等を行っている。
- *当該地域における精神保健福祉領域の連携体制は抜群に良いと言えると思う。

医療観察制度における連携体制

○B事業所において医療観察法対象者が事業所を利用した前例は無く、現在受け入れている対象者が初めてのケースとなる。このケースは、当初審判で通院決定となったケースである。以前から生活訓練施設と対象者の面識があったことを踏まえ、受け入れに当たって外泊訓練

は実施されなかった。

○対象者を受け入れるまでにケア会議には2回程度参加している。

○対象者を受け入れるにあたってケア会議で課題となった事柄は以下の通りである。

①通院先が遠方である。②対象者が入所することに関する事業所の不安

○また、実際に受け入れた際に感じた課題については次のとおりである。

①通院先が遠い。

②対象者の体調不良により、事業所で決められた当番を担えず免除していること。

③対象行為の相手が配偶者(統合失調症)であり、距離の保ち方と事業所退所後の帰来先への懸念。

④服薬管理。

⑤いわゆるダイレクト通院処遇となったため、入院処遇を経ている事業所が負わなくても良い医療機関で行うような役割を担わなくてはいけない状況となった。

○これらの課題について事業所が行った対処法、工夫点は以下のとおりである。

①事業所職員が指定通院医療機関へ車で送迎を行うこととした。

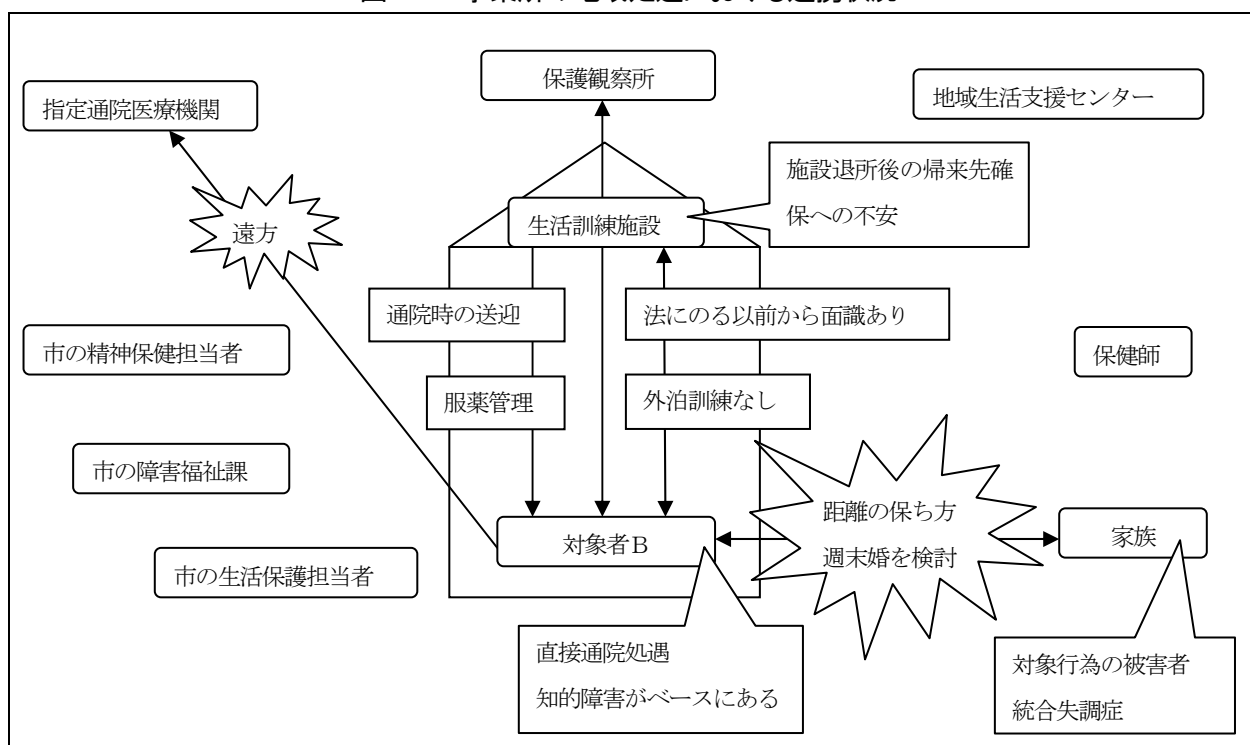
②また、知的障害もある対象者と統合失調症である配偶者が一定の距離を保つことが可能な週末婚を検討することとした。

○対象者Bを受け入れるにあたっては、面識があったため外泊訓練を実施せずに契約に至ったが、今後対象者を受け入れるにあたっては、必ず外泊訓練を実施してからの契約としたい。

○精神保健観察中は、社会復帰調整官がいることにより、処遇がスムーズに進んでいる状況であり、対象者を受け入れることに前向きになれる。

○今後の医療観察法対象者の受け入れについては、一度に受け入れ可能な人数はケースによるが、現状では1～2名が限度である。

図 12 B事業所の地域処遇における連携状況



3) C生活訓練施設

職員数	職員の職種	事業所の定員数	圏域情報
7名	施設長 1名 精神保健福祉士 3名 指導員 1名 准看護師 1名 顧問医師 1名	20名 *そのうち2名 はショートス テイ	面積：136,275 k㎡ 人口：181,004人 世帯：88,595世帯

【受け入れまでの流れ】

事業所利用者の受け入れ



医療観察制度対象者の受け入れ

○上記の受け入れプロセスと基本は同じである。ただし、通常の場合より会議等を慎重に行ったほか、体験入所を多く実施した。

【連携体制】

当該地域の精神保健福祉連携体制

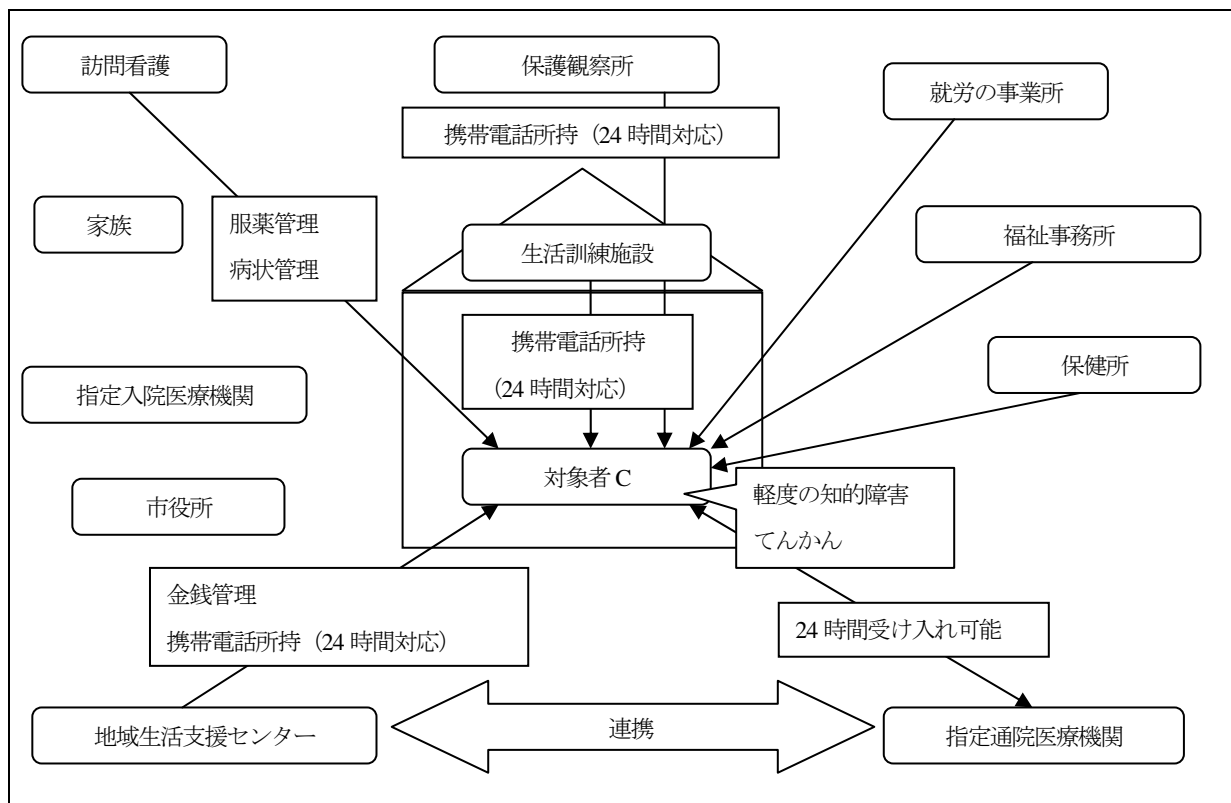
- 連携体制がとれている機関としてあげられたのは、医療機関、就労支援事業所、保健所、市役所、福祉事務所、地域生活支援センターである。
- 当該地域においては、地域生活支援センターが中心になって活動を展開しており、地域における連携は非常にうまくいっている。

医療観察制度における連携体制

- 当該事業所において、医療観察法対象者が事業所を利用した前例は無く、現在受け入れている対象者2名が最初のケースとなる。受入れ打診が社会復帰調整官から事業所に入ったのは、対象者の退院目途がついた頃であり、回復期から社会復帰期の頃である。
- 受入れに至るまでにケア会議へ出席した回数は、それぞれ3回と7回であった。
- また、外泊訓練の実施状況については、それぞれ8日間を2回と8回(計27日間)であった。
- 対象者を受入れるにあたって、ケア会議で課題となった事柄は以下のとおりである。
 - ①対象行為(放火)について。
 - ②病状悪化時の対応について。

- ③クライシス時の連携の取り方について。
- また、実際に受け入れた後に課題となったのは、軽度の知的障害があった点や、てんかんを持っていたことから、対象者からの頻回な身体的痛みや倦怠感と愁訴の繰り返しであった。
 - これらの課題について事業所が行った対処法、工夫点は以下のとおりである。
 - ①自分の体調を本人からスタッフに伝えてもらうようにし、体調変化を早めに察知できるようにした。
 - ②本人の声や表情の変化に気を配り、医療機関と連携しながら対応するようにした。
 - 今後、医療観察法対象者を受け入れていくにあたり、一度に受け入れ可能な人数は具体的には考えておらず、必要があれば随時受け入れていく方針である。利用受け入れの条件は、地域生活支援センターとの連携がきちんと取れていることである。

図 13 C事業所の地域処遇における連携状況



4) Dグループホーム

職員数	職員の職種	事業所の定員数	圏域情報
2名	世話人 2名 * 1名は精神保健福祉士 * サービス管理責任者(精神保健福祉士) 1名は、法人本部に在中。	7名	面積：1427.56 k m ² 人口：125,998人 世帯：59,744世帯

【受け入れまでの流れ】

事業所利用者の受け入れ



医療観察制度対象者の受け入れ

○上記の受け入れプロセスと基本は同じであるとのことであった。ただし、通常の場合より関わる職員数が多い他、ケース会議、臨時会議が多く行われている。

【連携体制】

当該地域の精神保健福祉連携体制

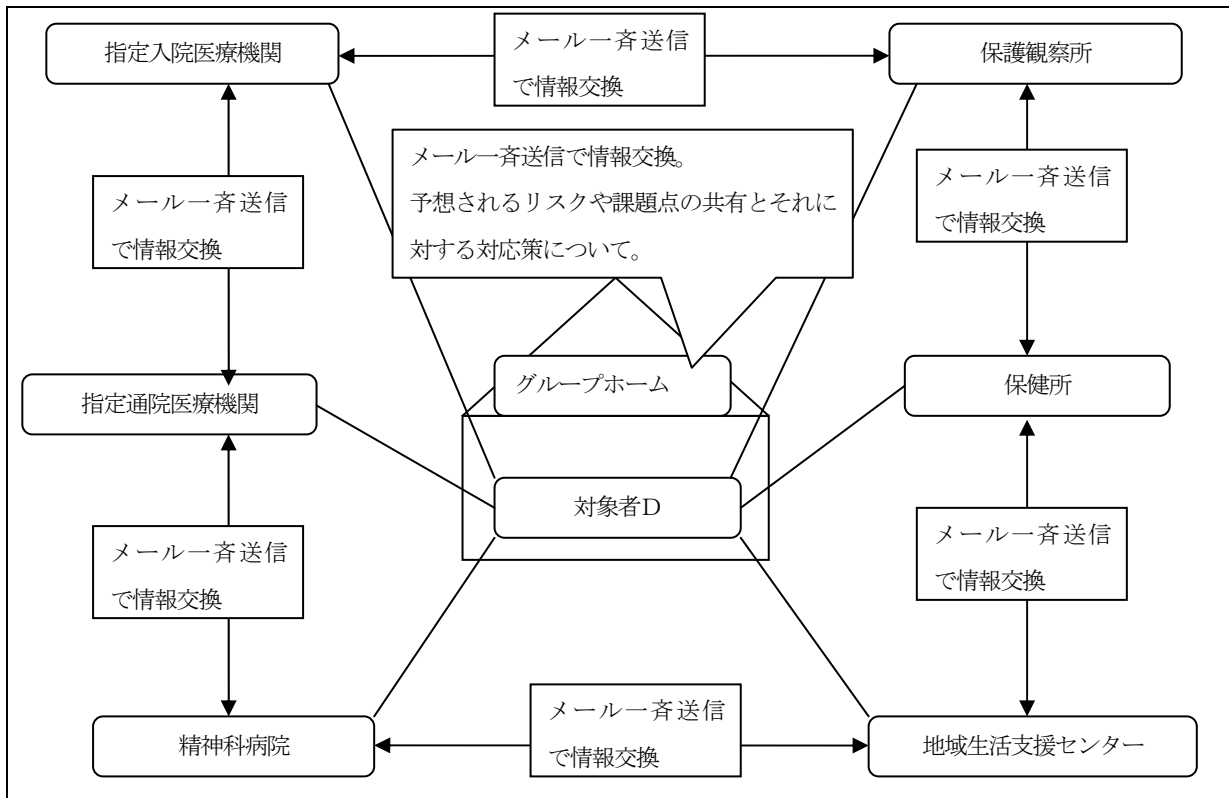
- 連携体制がとれている機関としては、地域生活支援センター、グループホーム、医療機関(医師、外来看護師、病棟看護師、作業療法士、デイケア、訪問看護)、市役所、保健所、保護課、家族があげられた。
- ヒアリング対象者が中心となり、地域生活支援センターの職員、グループホームの職員と連携をとり、他機関との調整を行っており、連携体制をとりやすい状況にある。

医療観察制度における連携体制

- 当該事業所において医療観察法対象者が事業所を利用したケースは3件であり、そのうち1名は現在も入居中である。受入れの打診が社会復帰調整官から事業所に入ったのは、回復期及び社会復帰期である。
- 受入れに至るまでにケア会議に2回程度出席している。
- また、外泊訓練はどのケースにおいても、1泊から始めて1週間までの外泊を段階的に行った。
- 対象者を受入れるにあたって、ケア会議で課題となった事柄は、以下のとおりである。

- ①金銭管理について。②服薬管理について。③アルコールの問題。④人間関係。
- ⑤外泊を巡っての連携の難しさ。
- また、現在入居中の対象者について、受け入れた後に課題となった事柄は以下のとおりである。
- ①身体の不調への対応。②本人が約束事を守れない。③金銭管理。
- これらの課題について事業所が行った対処法、工夫点は以下のとおりである。
- ①体調の変化を見逃さないようにし、早めに察知できるよう情報収集を怠らないようにした。
- ②1日のスケジュールについて職員と毎日確認し、約束や決まりごとを意識するようになった。
- ③金銭管理については職員と共に練習を行うようにした。
- また、各機関の関係者間で、対象者に関する情報や各機関での対象者とのやりとりを電子メールにて一斉送信することにより情報共有を図っており、そのメールを受けて予想されるリスクや課題の対処方法などを共有できるようにしている(対象者の名前は全てイニシャルを使用)。
- 今後、医療観察法対象者を受け入れていくにあたり、一度に受け入れ可能な人数は1名であるが、現場では対象者の受入れに特別な意識はしていない。実際には法人の上司の判断を仰ぐことになる。また、利用の受入れは今のところ対象行為が放火以外の対象者としている。

図 14 Dグループホームの地域処遇における連携状況



5) Eグループホーム

職員数	職員の職種	事業所の定員数	圏域情報
6名	世話人 5名 サービス管理責任者 1名 *世話人は皆非常勤。 *サービス管理責任者は常勤の精神保健福祉士である。	18名	面積：168,529 k m ² 人口：80,466人 世帯：61,894世帯

【受け入れまでの流れ】

事業所利用者の受け入れ



医療観察制度対象者の受け入れ

○上記の受け入れプロセスと基本は同じである。ただし、ケア会議が開かれた回数が、通常の受け入れプロセスよりも多いことに加え、対象者の情報提供量が多かった。

【連携体制】

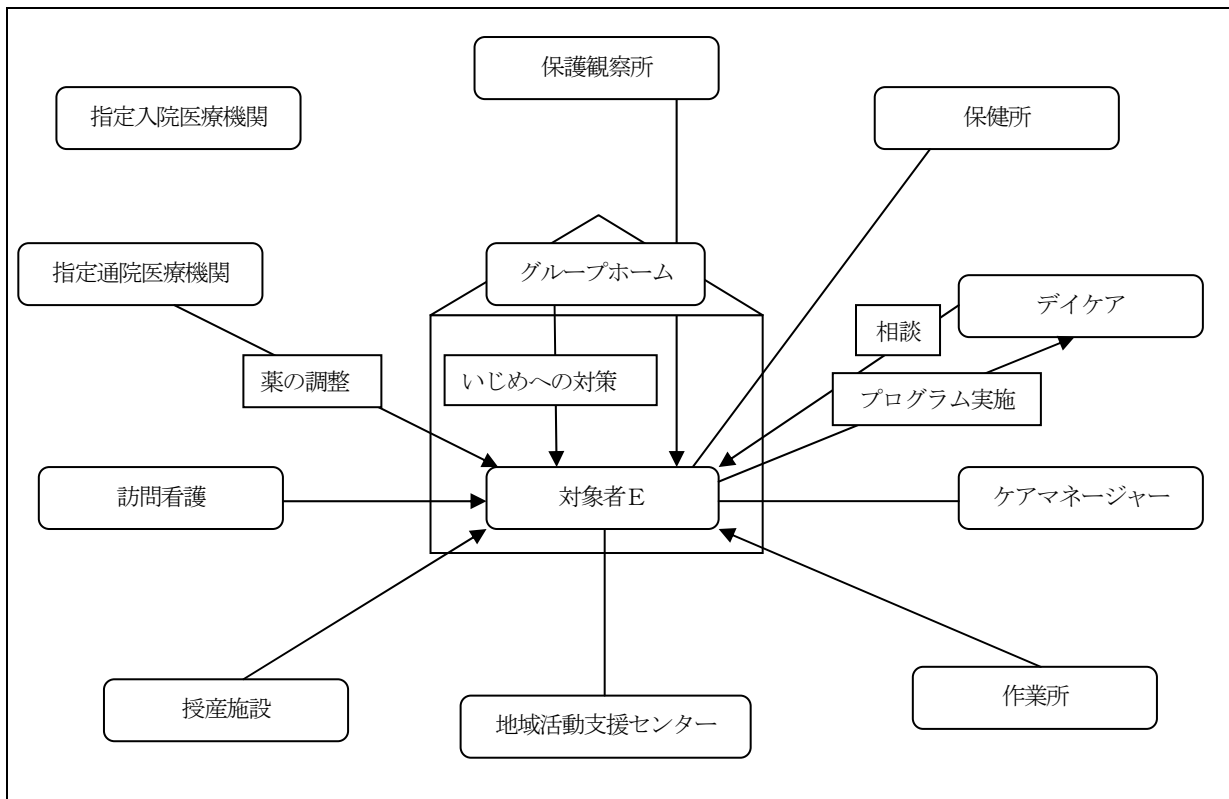
当該地域の精神保健福祉連携体制

- 当該地域の中で連携体制がとれている機関としては、医療機関、地域生活支援センター、福祉事務所、障害福祉課、訪問看護ステーション、支庁、自立支援協議会等である。ただし、都道府県支庁、福祉事務所、訪問看護ステーションとの連携体制については、必要時のみであり、通常は当事者についての情報は特に入っていない。また、Eグループホームとしては、保健所とのつながりを求める必要性を特に感じていないため、関わりは殆ど無いことが明らかとなった。
- 当該地域におけるサービス、マンパワーは比較的豊富であり、関係者ネットワークは充実している。また、社会資源、サービスの利用がオープンになっており、誰もが自由に利用できるようになっていることに加え、医療機関と地域の役割分担ができていることが特徴である。

医療観察制度における連携体制

- 当該事業所において、医療観察法対象者が事業所を利用した前例は無く、現在受け入れている対象者が初めてのケースとなる。受入れ打診が社会復帰調整官から事業所に入ったのは、社会復帰期である。
- 受入れに至るまでにケア会議へ出席した回数は、5、6回であった。
- また、外泊訓練の実施状況については、4日間を1回、5日間を1回の計2回行っている。
- 対象者を受入れるにあたって、ケア会議で課題となった事柄は、以下のとおりである。
 - ①対象者の性格傾向について。②病状について。③本人の目標について。
- また、実際に受け入れた後に課題となった事柄は、以下のとおりである。
 - ①病状（足の裏のもぞもぞ感）。②肥満傾向。
 - ③他の利用者のいじめ（いたずら）の対象となったことがあげられた。
- これらの課題について事業所が行った対処法、工夫点は以下のとおりである。
 - ①病院やデイケアの職員に本人が相談するようにし、プログラムや薬の調整を行うようにした。
 - ②いじめ（いたずら）については、事業所職員が介入し改善された。
- 今後、医療観察法対象者を受け入れていくにあたり、一度に受け入れ可能な人数については、対象者の状況や個性にもよるが、法人が所有するグループホーム全体で1、2名の受け入れならば可能と考える。

図 15 Eグループホームの地域処遇における連携状況



3 その他の聞き取り内容

以上の聞き取り内容に加え以下の項目については、5か所から聞き取った内容をまとめて示す。

対象者の受入れにあたっての現状と課題
<ul style="list-style-type: none"> ・生活能力の観察における構造的な限界。 ・対象者との意思疎通と関係の作り方。 ・退所後の住居探しと、そのための資金の確保。生活保護を申請する地域を決める課題。 ・処遇終了した際に事業所が全てを抱え込むような状況では、今後対象者を受入れることに消極的にならざるを得ない。 ・処遇終了後のコーディネーター役として相談支援事業者(市町村)が考えられるが、社会復帰調整官と同じ程度の支援力のある人材をどのように育成していくのか。 ・処遇終了後の支援体制に不安がある。 ・体験入所を必ずしてもらいたい。 ・指定入院医療機関が圏域内になく不便。都道府県に1か所、広さによっては2か所くらい指定入院医療機関があると、支援者も対象者も環境の変化が少なく、良い状態で受け入れられる。 ・事業所の新体系への移行課題についての悩み。現行の援護寮は地域の橋渡しという意味では有効と考える。援護寮の規模を現在の半分にし、残りの半分をグループホーム等にしていけば、建物はそのまま、融通のきく事業所になると考える。 ・社会復帰調整官と地域生活支援センターの存在がとても大きく長期的なケア計画を立て易い。 ・今まで殺人に至ったケースの受入れはないが、今後そのようなケースが出てくるかもしれない。そのことについて、今後気持ちをリセットしていく必要がある。受け入れる施設は自分たちの所しかなく、“自分たちがやらなければ誰がやるのか”というところで気持ちを切り替えて取り組んでいく必要がある。勇気のいるケースもあり、何かきっかけがないとなかなか踏み出せないこともあるため、そのきっかけとして今後、医療観察法施行前の重大な他害行為を行った者への支援の体験談などを通して他の関係者にも伝えていく必要があると考える。 ・対象者の心の奥の言葉を引き出し、今後を見据えながら対応していくためにも、経験を積む必要がある。支援者が心のバリアを持っていては、対象者との信頼関係を築くことは難しい。 ・グループホームの職員も現状では参加していないが、今後は医療観察法制度に関する研修やケア会議等に参加していく必要があると考える。 ・対象者個人がどのような人なのかを知ることが大事。 ・何か起きた時の対処法についてが課題。 ・対象者に家族がいる場合に、家族の問題や支援も事業所が引き受けられるのかどうか。 ・どこの土地の出身者なのかによっても支援のあり方は違ってくる。 ・病院をご本人が選べないことの問題(相性が悪かった場合が問題である)。 ・被害者、加害者のケアの問題。 ・知的障害等を併せ持っている場合の支援。 ・通常の利用者と医療観察法対象者との違いが分からない。
(旧体系施設が) 障害者自立支援法の報酬加算の対象とならないことについて
<ul style="list-style-type: none"> ・援護寮は「箱もの」だから付きようがない。 ・仕方がない ・少しのお金を貰っても、何の意味もないと感じる。ソーシャルワーカーを0.5人分、もしくは1日3時間位雇える位のお金が貰えるのならば意味がある。 ・補助金で年間の計画が立ててある中で、どのように予算を使っていくのかという所で、加算を付けてもらっても実際は使いづらいと考える。 ・援護寮が医療観察法対象者に限らず、どなたでも受け入れているということをもう少し社会的に認めてもらえると、今後の援護寮からの移行先に光が見えてくる。お金ではないと感じるが、移行後は加算が付かないと困る。

医療観察法地域処遇体制強化事業(障害福祉施設等入所時支援事業)の効果予想について

- ・ 援護寮は箱でお金を貰っているからピンとこない。
- ・ 今後、加算が付くようになった場合、夜間当直を置くくらいの費用の加算が付くと良い。
(現在は、ショートステイを行っている関係上、当直を置いている。)
- ・ この単価で何ができるのか分からない。
- ・ 講師を呼んだりして、研修を行うのには使えるが、自分たちでやろうと思えばできてしまうため、使い方の内容に少し疑問がある。
- ・ コーディネーターができることで、社会復帰調整官の負担が減り、地元でもっと活躍できるようになるのではないかと。
- ・ 効果はあまり感じないというのも、お金で体制を強化するというよりは、支援者みんなで支えていこうと思える気持ちになる意識強化の方が必要かつ効果があるのではないかと。気持ちの部分での強化が必要。
- ・ お金が付くのならば、喜んで取り組む。
- ・ 強化事業はあった方が良い。
- ・ このような事業に左右されないと考える。答えようがない。

医療観察法の地域処遇を円滑に進めるために必要と思われる制度上の改善点

- ・ 処遇終了時にきちんと審判を行うシステムの構築。現状のままでは、「無罪放免」で治療も切れていってしまう状況にある。
- ・ 指定通院医療機関を途中で変更できることが可能となると良い。
- ・ 指定通院医療機関とは別のデイケアに通えらると良い。(実質的に)
- ・ 指定通院医療機関に通う交通費は本人の負担であり改善が必要。
- ・ 指定通院医療機関が遠い。
- ・ 何かあった時の連携体制の確保。
- ・ 現状で何か問題が起きた時はケア会議で課題点を挙げられるため、改善点は特に思いつかない。
- ・ 指定入院医療機関を増やしてほしい。
- ・ ダブル・マネージャー・システムを全国基準にしても良いのではないかと。
- ・ 本人の望む生活を応援していきたい立場であるが、全体の流れとしては、リスク回避傾向があるため、個別ケースレベルでは意見が合わないこともある。対象行為が起きた地区からできるだけ遠くに、という意見が圧倒的に多いが、本人の希望は、慣れ親しんだ地区の近辺に住みたいという。どちらの意見も理解できるため、悩ましいこともある。
- ・ リスクをなるべく避けるためにできた医療観察制度だけに、医療モデル寄りであると感じる。事業所内だけの受け入れや支援の部分でいえば、通常の場合の利用者と同じように受け入れ、平等に支援をしているが、法制度全体のフローというものがあつたため、通常の場合と、医療観察制度の場合とで、変えざるえない点が出てきてしまうのかもしれない。そこが心配である。
- ・ 処遇終了後についての不安は対象者本人たちが抱えている。そのことに対して、支援者は、継続して支援チームが動くから心配しなくて良いと伝えている。基本的には通常の利用者と同じであり、そこに対象者がいるのならば、支援も続いていく。
- ・ 社会資源の開拓。
- ・ 指定医療機関がきちんと整備されること。
- ・ 医療観察法のための資源を確保できると良い。
- ・ 生活の場の確保。
- ・ 一定以上のグループホームの規模を持っている所は医療観察法対象者を1名受け入れなくてはいけない、といった義務付けがあると良い。
- ・ 研修会の開催。経験者の体験談を伝えていく。
- ・ 指定通院医療機関先を選ばない。
- ・ 病院を途中で変えられない。
- ・ 通院医療機関に“指定”が付くことが必要かどうか、という半面、“指定”が付くことの安心感があることも事実。せめて、セカンドオピニオンのような機能があると良い。
- ・ 医師や病院を選べると良い。

以上の聞き取り内容から、実際に受入れている対象者や地域特性による事例性はあるものの、現状と課題について共通する事柄や、重要と思われる点について記しておく。

まず、医療観察法対象者を受け入れるにあたってのプロセスは、どの事業所においても通常の受け入れプロセスと基本は同じであることが明らかになった。ただし、ケア会議が開かれた回数が、通常の受け入れ時よりも多いことに加え、体験入所実施回数も多く行われていることが分かった。また、医療観察法対象者を受け入れるにあたり、対象者や社会復帰調整官との面識や関わりが事前にある場合には、対象者の受け入れに対し大きな不安や抵抗感を持つことなく、自然な形で受け入れにつながるということが分かった。

課題として明らかとなったのは、①指定通院医療機関が遠方であること、②直接通院処遇となった場合の連携体制の希薄さ、対象者の内省・振り返りの未熟さ、③事業所退所後の帰来先、④対象者が重複障害の場合の対応、⑤クライシス時の対応、等である。

今後、医療観察法対象者の受け入れを促進していくためには、受け入れるにあたり、事業所の負担感や不安感をできるだけ軽減できるようなバックアップ体制と、実際に対象者を受け入れた事業所職員から、多くの成功事例の話が地域に広がっていくことが、受け入れ促進への第一歩であると考えられる。

第3節 北海道道東地区のダブル・マネージャー・システムに関する聞き取り

1 調査概要

第1章に先述したように、地域処遇に係る体制のコーディネート機能に関する役割を持つ社会復帰調整官への聞き取り調査を本事業で行うに際し、先進的な取り組みを行っている北海道道東地区のDMS（ダブル・マネージャーシステム）について聞き取りを行った。当該システムやその有効性に関しては、更生保護法人日本更生保護協会が主催する日本地域司法精神保健福祉研究大会で発表されており、地域処遇体制や地域生活支援のためのネットワーク構築に資するものとして大変興味ぶかく関心を寄せてきた。日本更生保護協会は所管事業として2006（平成18）年度から実施された「地域支援モデル活動推進事業」（以下、推進事業）³という、他人に害を及ぼす行為をした精神障害者の社会復帰と地域生活を支援する新たなノウハウや仕組みづくりを目指した事業を行っている。研究大会は、推進事業の進捗や成果の報告とその共有をはじめ、関係者の研鑽を目的に開催されてきたものである。推進事業は、全国9か所の「地域支援モデル活動地区研究会」の組織化と精神保健福祉、司法精神医学等の分野における専門家で構成される「中央研究会」の設置開催という構造で展開しており、本協会も中央研究会への委員派遣や研究大会の開催への協力継続をしている。

北海道の「道東地域支援モデル活動地区研究会」（道東地区研究会、代表 門屋充郎）は「広大な地域における重大な他害行為を行った精神障がい者に対する手厚い地域支援体制及び地域支援プログラム構築のための取組」を行った。道東地区研究会は、道東をさらに4ブロックに分割し、各ブロック内の関係機関（精神障害者地域生活支援センターおよび北海道障がい者総合相談支援センター⁴・指定通院医療機関・リハビリテーションセンター・保健所・市町村・釧路保護観察所）を構成機関としている。今回、改めてこのモデル事業に端を発し医療観察法対象者の地域処遇において実施しているDMSについて聞き取り調査により知見を深めることとした。聞き取りは、2009年10月7日に、釧路保護観察所において、ダブル・マネージャーの意味する釧路保護観察所の社会復帰調整官江口義則氏と地域支援のケアマネージャー役である地域生活支援センター・ハート釧路センター長の佐々木寛氏のお二人を対象として行った。DMSという名称は、江口氏と佐々木氏がモデル事業についての検討中につけたものだという。

2 調査結果

1) DMS（ダブル・マネージャーシステム）への取り組み経緯

道東地区研究会がモデル事業としてDMSによる支援体制を取り組むことになった背景には、以下に挙げた江口氏や佐々木氏の従来の実践における課題認識等があると確認した。

- ① 従来から重大な他害行為をした精神障害者への支援を行う中での課題として、個別支援の限

³ 推進事業における北海道の研究会の事業報告の詳細は、『地域支援モデル活動推進事業報告書』（平成20年3月更生保護法人日本更生保護協会発行）に記されている。

⁴ 北海道障がい者総合相談支援センターとは、北海道の単独事業として年齢、障害種別等を越えた総合的な相談支援を行う機関で、各保険福祉センター事務所圏域ごとにその名称を冠して「〇〇圏域障がい者総合相談支援センター」として設置されている。

界や担当者交代による継続性保障困難課題からシステム検討および多機関連携のあり方検討の必要性の認識があった。

- ② 退院促進の流れや地域生活支援体制の中で行われる各種の地域内ケア会議における医療・福祉連携には不足していた司法領域との連携の模索をしたいという希望が佐々木氏個人レベルではあった。
- ③ 釧路という刑務所がある地域ゆえの特性として、刑務所出所者における障害者の相談支援事例は既にあるが、困難を抱えていたという実情。
- ④ 公的な医療機関で触法行為をした精神障害者の入退院支援をしていた経験からの難しさを実感していた江口氏の体験。

そして、実際に医療観察法施行前に保護観察所勤務となり、医療観察法対象者の地域処遇体制を検討する準備において江口氏が実感とともに確認した釧路保護観察所が主管する以下の地域の実情が大きな背景にはある（「研修資料」のレジュメを参照のこと）。

- ① 日本一広大な地域（道東地域は日本国土面積の約1／13、四国と鹿児島県の面積相当）を担当する（しかも交通アクセスの不便、降雪期の通院や訪問などの地域生活支援は過酷な状況）
- ② 社会資源の地域差（資源整備状況及び地域支援体制）が著しい
- ③ 医療観察法の最終目的は社会復帰の促進であり、法終了後の精神保健福祉で支援できるための体制整備が不可欠

モデル事業は、そもそも医療観察法成立後施行までの準備期間に、社会復帰調整官の研修等などの機会などを活用し、関係者が普及啓発も兼ね地域の受け皿などの体制整備を促進する有効なものとして企画が構想されたものであり、その時期と江口氏ら社会復帰調整官の地域関係機関等への挨拶や制度説明の時期が重なっている。その機を活用し、地域関係機関や関係者との情報交換等において上記認識を共有し、また、同時期に障害者自立支援法に関する体制整備の動きとも連動し、モデル事業への取り組みへつながっている。上記背景から、多機関・多職種による包括的な手厚い地域支援体制・地域支援プログラムを構築するための取り組みを活動として据えている。

当初はモデル活動として始められており、その詳細は先述に紹介した報告書に譲るが、実際の活動項目のみ先ずは紹介しておく。

- ① 「道東地域精神障がい者社会資源一覧表」の作成（平成18年度）と地域状況に関する分析
- ② 指定通院医療機関、地域支援機関に対するアンケート調査（非介入調査）（平成18年度）
- ③ DMSによる支援（平成18～19年度）
- ④ 内省プログラムの実施
- ⑤ 地区研究会構成員に対するアンケート調査（介入調査）（平成19年度）

2) DMSの実際

モデル事業では当初、道東地区で医療観察法対象者の事例がなかったため、DMSを使った支援の実際の対象者としては、重大な他害行為を行った精神障害者を対象とし、途中から法対象者の事例への実施もしており、モデル事業が終了した現在、そのままシステムを活用している。

DMSとは、①ケアマネジメントの手法を活用して「ケアマネージャー」がケア・アセスメントを行い、対象者のニーズとケアの必要性を把握し、②それを基に、システムマネジメントを担当する「システムマネージャー」がケア会議等を開催し、関係機関と協働して個別の支援計画を立てるという、二人のマネージャー体制で支援を展開する方法である（下線筆者）。

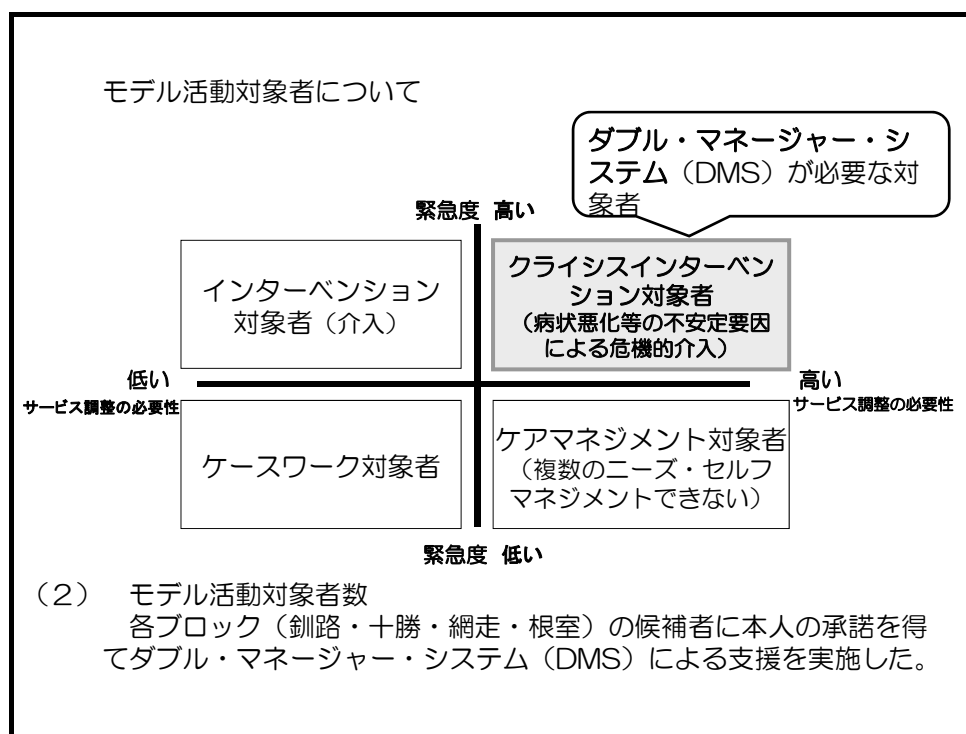
ケアマネージャー役は、地域支援機関（具体的には精神障害者地域生活支援センター及び北海道障がい者総合相談支援センター）のスタッフが担い、システムマネージャー役は、保護観察所の社会復帰調整官が担う、としている。実際にDMSを用いた具体的支援における工夫点は以下である。

① ケアマネージャーが、本人のニーズとケアの必要度を把握するためのツールは、平成9年度厚生科学研究「精神障害者ケアガイドライン検討委員会版ケア・アセスメント票」とする

② システムマネージャーが「ケア会議」「生活支援会議」及び「マネージャー会議」を招集⁵ マネージャー会議を実際に構成メンバーが集まると、その地域の問題点や支援の困難な事例を聞くことができ、「そういった地域で問題視されるような方でもこのDMSを用いれば支援はきっとできますよ」という悩み相談会議のようなイメージも少し取り入れた開催が実施できたと言う。

また、地域関係者と、社会復帰調整官の役割について共有を図る中で精神保健観察に象徴される「見守りって何だろう」という疑問に関して、地域からのニーズを確認し、「やはり重大な他害行為を行った方に対する専門職としての支援としての面接での心理的なかかわりや内省プログラムがあるなら実施してほしい」という意見が出て、モデルプログラムからの試行につながったとのことであった。DMSの対象者は以下の図のように絞り込まれ、実際に医療観察法対象者は現状では全て該当しているという。

図 16 DMSの対象者



釧路保護観察所・江口義則氏作成資料

⁵ 道東地区研究会の定義と実際は以下のとおり

「ケア会議」：本人、ケアマネージャー、本人に対するサービスを提供している機関が出席し、本人のニーズの把握やサービスの調整を図る会議

「生活支援会議」：本人の出席は認めず、ケアマネージャー、サービス提供者が出席し、互いの役割を調整する会議

「マネージャー会議」：おおむね2ヶ月に1回、ブロック輪番で開催し、ケアマネージャー役を担う各ブロックの精神障害者地域生活支援センター及び北海道障がい者総合相談支援センターのほか、開催地指定通院医療機関、開催地保健所、開催地市町村等の地域支援機関が出席して、各ブロックにおける精神障がい者支援の状況に関する情報交換と、研究会代表者によるスーパーバイズ、又はケアマネージャー同士のピアスーパーバイズを行う会議

3) 社会復帰調整官が地域処遇において直面している課題とDMSの効果

まず、社会復帰調整官江口氏が直面している課題を列記する。これらは聞き取りと同時に研修講義でも語られている。また平成20年度こころの健康科学研究事業の分担研究「医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究」の「社会復帰調整官の役割に関する研究」などでも確認されている。また第1節での聞き取りとも重複する内容である。

①指定入院医療機関への距離、②社会復帰調整官の不足、③手厚い地域支援体制（特に予算配分の影響）、④地域支援体制に関する地域格差と障害者自立支援法施行に伴う地域処遇ガイドラインの現状との差異、⑤困難ケースへの対応の実績の蓄積が地域に不足しているなど、⑥医療観察法に基づく地域処遇終了後の対応が未定であり、急に支援濃度が薄まる、などである。

- ① DMSシステムの効果としては、江口氏と佐々木氏から以下6点が聞き取れた。
- ② ニーズとケアの必要度の把握が可能
- ③ 役割分担による手厚い地域支援の提供
- ④ 身近な地域における24時間の相談体制の確保
- ⑤ 治療モチベーションの向上および同様の行為の防止
- ⑥ 保護観察所からの遠距離の地域における支援提供体制の構築
- ⑦ 医療観察法終了後の一般精神保健福祉へのスムーズな移行

ケアマネジメント手法の活用により、対象者と支援者が可視的にニーズとケアの必要度を把握できる。ケアマネージャーがケア・アセスメント及び継続的にケア管理を行い、社会復帰調整官が法による医療を含めた対象者に対する支援状況や病状悪化などによる対象行為が生じる可能性の把握を行うなどの役割分担で重層的な手厚い支援提供が可能となる。また、特に障害者自立支援法施行後、サービス利用は契約となったが、社会復帰調整官のマネジメントは、強制を伴う医療の各ステージを経ての社会復帰支援やその過程における調査や調整となる。利用契約に関する相談等はやはり役割分担した方が支援者にも対象者にもよいと考えたとのことであった。上記の直面課題の④に対応可能となっている。

身近な相談体制や24時間の電話相談の体制なども地域の支援機関のケアマネージャー役が担うことで確保される上、相談支援体制が機能することで医療的介入の必要性が低くなる効果は高いという。また、相談支援における対象者へのスモールステップの設定などを支援計画に立てる際も、異なるダブルの視点は重要であり、ダブルアセスメントファクターが色濃く支援に有効に反映するものと確認できている。ケア・アセスメントもリスク・アセスメントも双方のマネジメントも書くマネージャーがダブルで行う中で重なり合いと異なるアセスメントがあり、そのウエイトは分担によって比重が違ふということである。また具体的な地域支援において必要と判断した対象者が所持する緊急時対応カードに、万が一倒れたりするなどあつての緊急受診等を考え、緊急連絡先に保護観察所名の記入は地域では少し支障がある可能性も考慮し支援センターやケアマネージャーを記入しているなど具体的な生活を想定した役割分担となっているという。治療モチベーションの向上や教育的アプローチに関しては、当初審判や入院処遇中から関与の強い社会復帰調整官がつなぐ役割を大きく果たしている。

また、道東地区は先述したように社会復帰調整官の担う物理的・環境的地域としては、広大であり、一方事件数から1人庁の一つでもある。実際に緊急対応といっても、現実的には困難を乗り越して不可能であり、各地域での支援体制があり機能するのが望ましいということにも適っている。

そして、この有効性は、医療観察法対象者以外で先述した図に示されるクライシスインターベンションが求められる者への支援に汎化できうるものである。2009年度から施行されている刑務所出所者支援等にも、社会復帰調整官の役割を保護観察官が担えば効果は同様に見られると考えられる。

これらの効果を上げるには、条件が必要であるという。以下に示す。

1点目は、ケアマネジャーの選定基準についてであるが、対象者の障害特性や中心的支援課題（精神障害・知的障害や身体障害との重複・発達障害・高齢・就労支援課題など）に応じたケアマネジャーを選定することが望ましいという。全国共通の指標としては「指定相談支援事業者相談支援専門員」の充当が考えられるとのこと。当然、その者たちの研修機会の保障や研鑽による資質の担保が求められる。つまり、2点目に、ケアマネジャーの要件基準としての課題であるが、相談援助機関に所属し、ケアマネジメント従事者研修を終了している者であることに加えて、クライシスへの対応が可能な24時間電話相談が対応可能な機簡および担当者であることが求められる。最後に、DMSの一般化もしくは普遍化のために、実施可能な地域からでも予算や研修の担保が後押しとして必要最低条件と考えられる。

4) DMSの課題

確認できたように、地域処遇体制および地域精神保健福祉支援体制への移行を考えると、DMSの有効性は大変高いと言えるが、課題も聞き取られた。一言で言えば、DMS導入のための地域精神保健福祉上の予算配分である。幾つかの具体的な課題を2点に記す。

一つは、ケアマネジャーの指定入院医療機関会議参加・面接およびケアマネジャーの訪問費用である。社会復帰調整官は遠方の指定入院・通院医療機関への交通旅費は当然業務として支出されるが、ケアマネジャーが入院中から地域移行に向けて障害福祉サービス等の利用に関する情報提供や相談等を対象者との関係作りを行いながら進めるために、遠方に出向く費用は、現状では保護観察所予算の、処遇協力者謝金、アドバイザーリースタッフ謝金や民間施設担当者協力旅費の範囲で、必要に応じて手当していると言う。しかし、遠方施設の場合は限界がある。実際に北海道は、指定入院医療機関はなく、最も近い入院医療機関でも海を渡ることとなり費用捻出は厳しいのが現状だ。それでも道東地域では、DMSを実施し、入院早期から社会復帰調整官が対象者に、帰来予定地の生活環境を整える為に最適の相談者であるケアマネジャーに会ってもらって相談開始しようという展開を実施している。釧路圏域では、市が障害者自立支援法のサービス利用計画作成費の対象に位置づけてくれるよう要望して適ったため、遠方でも計画作成の必要性を示せば少し動きやすいというが、他市はそうではないとのことだ。

障害者地域移行・地域生活定着事業との連携や廃案となった障害者自立支援法案にあった地域移行に関する個別給付費のような発想も欲しい。特別対策事業の体制整備コーディネーターの役割には、関係機関との連携において、医療観察法に基づく指定入院医療機関に入院中の対象者について、社会復帰調整官が担う退院に向けた生活環境調整に必要な協力を行うこととあるが、各地での取り組みにおいてあまり具体的な連携事例を聞かない。

二つ目は、サービス利用計画作成費の対象規定に「計画的プログラムに基づく継続的支援を要する者」を含めることで医療観察法の対象者が含まれるものと考えられる。またあわせてモニタリングが可能な保障も含まれるべきである。

聞き取りの最中の発言が印象的であった。「支援を要する当事者がそこに、目の前に、地域住民としているのだから当然でしょう。できないと言って終わりにしてしまい、支援が可能となる条件

や環境を作らないことが理解できない。」社会復帰調整官や地域支援機関、ケアマネージャーなどの業務の仕方や考え方の中に、支援の理念を確実に実践できるように行動している人たちによる結果の格差も厳然としてあるような印象も受けた。しかし何よりも費用捻出については、予算上の課題である。システムがあっても形骸化することも多い状況と比して、システムが必要と言いながら、その中心に、システムを動かす原動力に当事者主体の生活支援をしっかりと据えているがゆえのDMSの有効性を確認できた。道東地域においては従来から高い評価を受けている精神障害者の退院促進支援を含めた地域精神保健福祉の支援体制の構築が見られるということもDMSが可能となる背景にはあったと考えられる。

■第5章 円滑な地域処遇の推進のために（提言）

1 提言を行うための事項整理

調査研究を踏まえ、提言に関して企画検討委員会では以下の事項に関する意見があがった。

- ① 居住資源の整備課題への対応
- ② 強制を伴う通院処遇に関する経済的負担への対策の必要性
- ③ 生活保護制度の運用課題について
- ④ 継続的かつ緊急対応可能な医療提供体制について
- ⑤ 司法領域・精神保健福祉領域のマンパワーの整備課題
- ⑥ 法処遇終了時の地域精神保健福祉の支援体制への移行ではなく、DMSを活用した生活維持のために利用する法を幾つも有する対象者への協働型支援体制の構築の必要

2 提言

これらに対する提言を以下に述べる。

1) 居住サポート事業による居住資源の整備強化

医療観察法対象者のみならず、精神障害者の地域移行や地域生活支援において、居住資源の不足は全国的に大きな課題であり、長期入院者の地域移行支援や家族等からの自立生活を目指す精神障害者にとっても、その整備は喫緊の課題である。まず、住むところ、暮すところが決まらなると生活は成り立たないが、物件の確保以上に保証人の確保が障壁となっている実態が多く確認されている。障害者自立支援法により地域生活支援事業のメニューとされた居住サポート支援事業はその対応策として創設されたところであるが、厚生労働科学研究報告を受け、厚生労働省が示す実態では、実施している市町村は2008（平成20）年4月現在で1,809市町村のうち11%のみ実施という低さであった。一方で実施している199市町村の運営を見ると直営ではなく、85%が指定相談支援事業所に居住サポート事業を委託している。また、事業内容として入居支援が最も多いが、24時間相談や居住支援のための関係機関によるサポート体制の整備もそれぞれ多いことがわかる。つまり、未実施の市町村では、事業の実施が可能な相談支援事業所がないか、開拓されていないということも考えられると同時に、実施していないことで体制整備が進んでいないとも言える。

以前から精神科病院に入院している患者の退院支援に関し居住確保に関する努力はさまざま行われているが、医療従事者等の個人努力では限界があった。市町村等における居住サポート事業の実施が進むことは、身寄りがなく、また、家族関係の調整困難な医療観察法対象者を含む当事者支援にとって保証人問題の解決のみでなく、生活維持のサポート体制を築くことにつながる。廃案となった障害者自立支援法案には、居住サポート事業の一部が個別給付化される案が含まれていた。事業実施を各自治体で真剣に取り組むと同時に、自治体裁量ではない予算上の仕組みも検討されることを望みたい。

2) 強制を伴う通院処遇における通院交通費の負担への対策

聞き取り調査や各種の研究報告等でも、現状においては遠方の指定通院医療機関へ通院している対象者にとっての経済的負担と、そのことが通院への意思や受診回数設定への影響が、地域処遇における大きな問題として確認された。医療観察法は医療の強制と医療機関の指定に特徴があり、手厚い治療体制の整備を指定の理由にしているが、結果的に整備不足を招いている。当事者は選択権がないにもかかわらず遠方までの通院を強いられる。中には遠方であるため、住まいから通院への往復の間に食事の時間を挟むこととなる対象者もいて、なかなか容易に飲食店に入れないことや外食代にお金がかからないようにさまざまな工夫をしている事例もあると聞く。生活保護受給であれば、通院移送費は支給されるが、そうでなければ自己負担となる。しかも、自治体により指定通院医療機関の整備格差があり、それがそのまま自己負担等の経済状況の格差につながる。制度が現状のままであれば、通院が強制医療である側面を考え、幾らかの費用を上限を設定することがあっても保障すべきと考える。

3) 生活保護制度の運用に関する対策

まずは、聞き取り調査等による少数の個別事例を通じた確認では把握に不足と感ずる為、医療観察法対象者で生活保護制度を利用する人と、自治体による運用格差についての全国の実態を明らかにする調査が必要と考える。

特に、居住地の確保に関しては、退院許可申し立てから実際に審判を経て退院許可となるまでに時間がかかり、生活保護制度において入居契約金を支出できないとする自治体が多いと聞き取り調査ではわかった。通常、生活保護受給の入院患者の退院支援において、入居契約から1ヶ月以内に退院して、新しい住所地での生活を開始するよう指導される。が、時には、退院直前に病状が崩れ、予定より時間がかかる場合があり、医師の意見書等で、3ヶ月以内までの延長を認めるなどの措置がある。

退院許可申し立てが決定するまでの期間が3ヶ月を超えることがそれほど多くあるとは思えないが、そうした手続きにかかる期間内の支給に関する融通は、制度の運用で対応可能ではないかと考えられる。是非、法務省や厚生労働省内の関係部署で実態把握と運用の検討を行って欲しい。その際に自治体による対応格差に関し運用を認めない方向に修正するのではなく、対象者の地域処遇にとって居住の確保が如何に重要なことかという観点からの検討を望むものである。

4) 継続的かつ医療的緊急対応可能な医療提供体制の整備に関するモデル圏

域の設定

医療観察制度における通院医療は対象者にとっては、強制医療であるにもかかわらず、現在の指定通院医療機関の整備状況からは、都道府県による差はあるものの概ね通院アクセスが良いとはいえない状況にある。医療観察制度では、指定通院医療機関は基幹型医療として通院治療、訪問看護、デイケア、外来作業療法など基本的な医療サービスを提供できる施設（基幹型病院）が位置づけられているが、対象者の居住地の事情などにより、基幹型医療が提供できない場合は、補完型医療と

して基幹型病院と協働での医療を提供することとされている。具体的には、デイケア及び訪問看護は近くの医療機関（補完型医療機関）、通院治療は基幹型の医療機関が提供することが制度上は可能となっている。しかしながら、補完型医療が実際に提供されている地域はごく限られており、全国的に整備体制が進んでいるとは言い難い状況にある。こうした体制整備の推進に向けては、モデル圏域やモデル事業の設定なども検討をすべきと考える。

医療的な側面から対象者への緊急対応が必要とされる状況が発生した場合に、通常を受診医療機関が遠方にある場合は、即時的な対応を取るとはとて困難である。特に、継続的な訪問看護サービスの提供が行われることで、対象者との信頼関係を前提とした緊急時対応も行いやすくなることから、身近な訪問看護ステーションからサービス提供を受けられる体制の整備が求められる。2010年度からは、訪問看護ステーションにおいても複数訪問に対する診療報酬算定が可能となることもあるため、積極的な活用が望まれる。身近で緊急対応も可能な医療提供体制の確保は、連携して支援体制を組む地域支援機関にとっても安心感をもたらす、当事者の支援への積極的姿勢をもたらすことに通じる。

5) 司法領域・精神保健福祉領域のマンパワーの整備

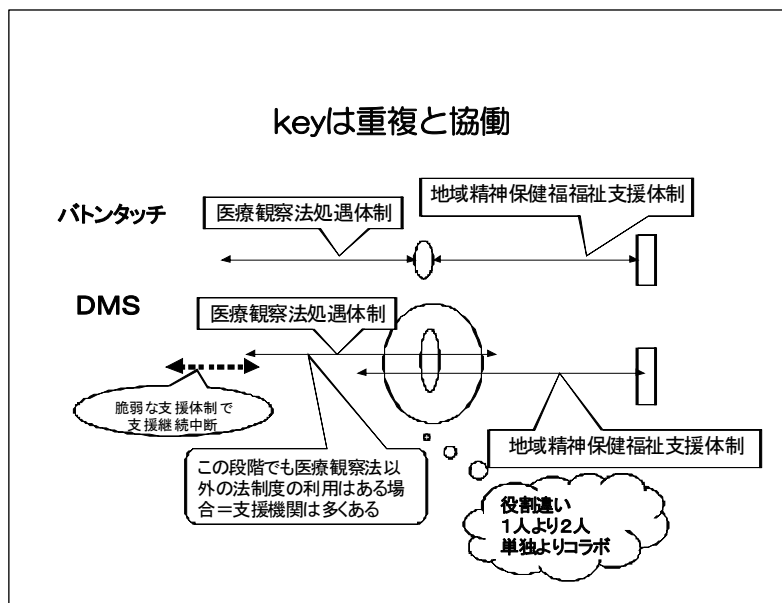
第2章でも触れているところではあるが、社会復帰調整官の増員が図られているものの、今後しばらくは法対象者が増え続けることを考えると、社会復帰調整官1人の各業務のケースロード（生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察の各担当件数）が10件を超えない程度の計画的な増員を引き続き行くとともに、事件件数にかかわらず、一人しか配置されていない保護観察所への社会復帰調整官の複数配置も早急に図られる必要がある。

また、精神保健観察中の指定通院医療機関の役割・機能が大きいのが、現状では担当スタッフが他業務を兼務している状況からは、継続的で良質な医療やリハビリテーションの提供や、当初審判で通院決定となった対象者に対する心理教育プログラム等の確実な提供が行えない。入院医療から通院に移行時のマンパワーの格差も大きな問題である。2009年度より診療報酬が改定されているが、最低でも専従する精神保健福祉士の配置が可能となる程度の更なる改定について検討すべきである。

6) 移行型バトンタッチではなく、ダブル・マネージャー・システムのような重なり合いや協働へ

第4章の第3節で紹介した北海道道東地域のDMSは、法処遇の終了時を迎えるに際する移行型バトンタッチではなく、早期から対象者が暮らす地域における生活支援を想定した多機関・多職種による包括的な地域支援体制の構築を目指したものであった。DMSに見られるように、役割の違うマネージャーが重なり合うことが、手厚いケアを継続的に提供する必要のある者には、有効であると考えられる。この支援体制を、しかもシステム論が強調されることなく、当事者を中心とした（パーソンドセンター）支援体制として、医療観察法の地域処遇において全国的に導入実施されることを望みたい。その際には、第4章第3節に記述した課題解決を伴う導入を望むものである。

図 17 重複と協働



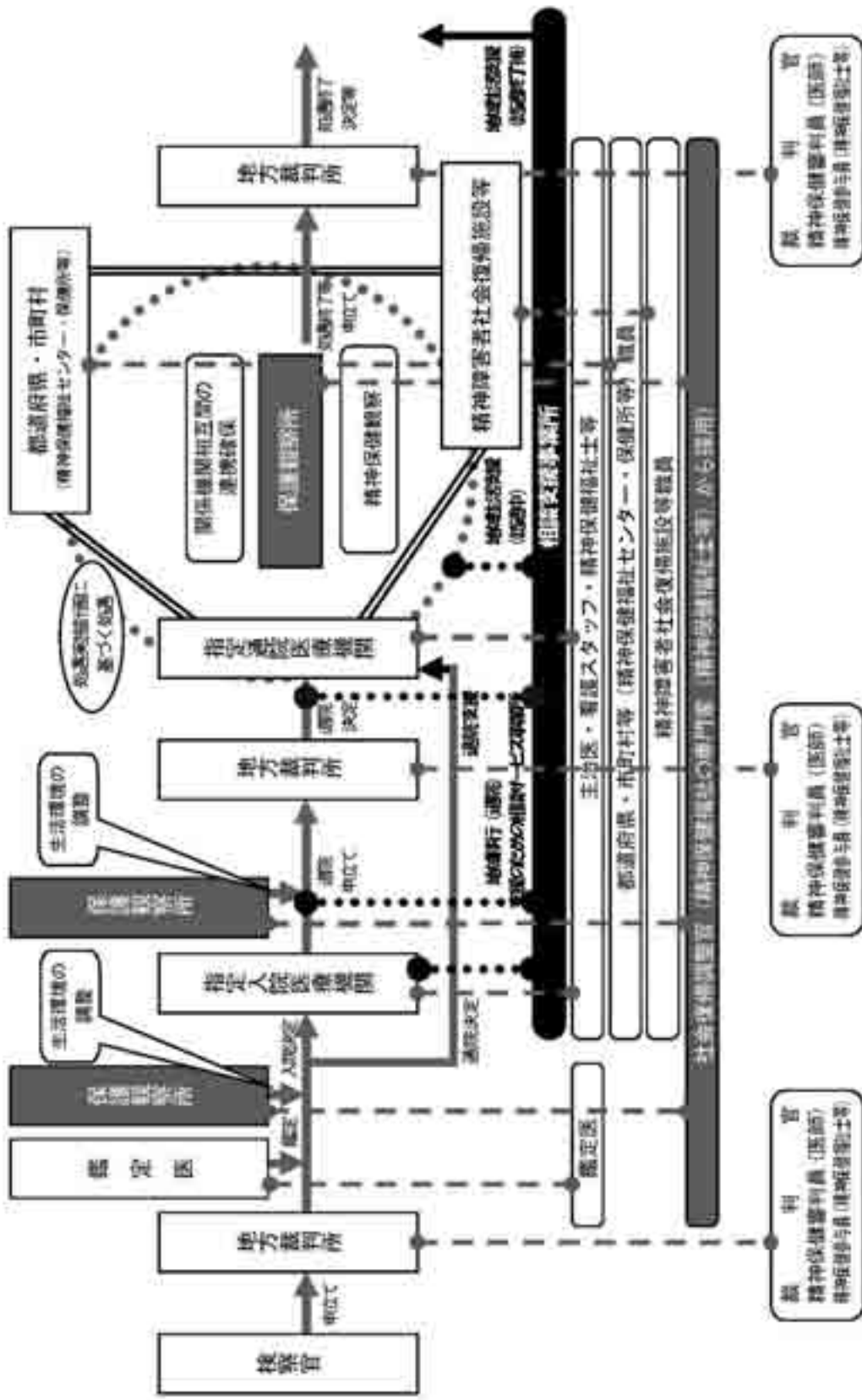
地域生活支援センター・ハート釧路 佐々木寛氏作成資料

7) 医療観察法の処遇のフローに相談支援事業所（市町村）の位置づけを明記する

医療観察法の施行後に障害者自立支援法が施行されて障害者の生活支援体制が大きく変わった。障害福祉サービスの提供主体が市町村となり、障害者にとっては、契約に基づき（選択と契約が可能となる資源整備は待たれるが）身近な圏域でのサービス利用が可能となる体制への展開となり、相談支援事業所は中心的な機能を期待されている。しかし、障害者自立支援法成立前に施行された医療観察法の処遇のフローには市町村、相談支援事業所の位置付けは明記されていない。DMSで確認したように相談支援事業所が果たす役割は大きく、また、そのことによって市町村が医療観察法対象者への関与主体であることを自覚できることもあると考えられる。（図参照）

相談支援事業所の関与が明記されることで、おのずと、地域自立支援協議会において医療観察法の対象者支援についての協議も位置づくものと考えられる。刑余者支援に関する課題を協議することもあるためにと、ある都道府県の自立支援協議会には保護観察所が参加機関となっているという例も聞いた。社会復帰調整官の業務を現状から更に増やすことになるが、地域自立支援協議会に保護観察所および社会復帰調整官が参加することで、医療観察法対象者の現状や支援課題を共有することができ、結果的には、地域精神保健福祉の底上げによる医療観察法対象事案の増加防止にも寄与することも期待できる。

心神喪失者等医療観察制度における処遇の流れ



※法務省資料に相談支援事業所の機能を位置付けた。

おわりに

2009年度から新設された「医療観察法地域処遇体制基盤構築事業」による体制整備コーディネーターについては、自治体の聞き取りで東京都が都という広域をカバーするコーディネーター機能を考え、兵庫県のように一市が精神保健福祉士を採用配置したように圏域への支援強化を想定するなど、具体の取り組みは様々になるようである。本協会は昨年度の事業報告で、重層的な支援体制の構築が求められるとした。そのコーディネーター機能には、当事者を中心にサービスや制度支援をマネジメントしていくDMSの各マネージャーに相当するような役割機能と、一方に、障害者地域移行・地域定着特別対策事業における地域体制整備コーディネーターのように、当事者の個別事例を中心にしてつつ圏域内の資源開拓や関係機関の調整等の圏域コーディネーター機能もあるような役割とパターンが考えられる。前者はやはり相談支援事業者と相談支援専門員等を充てるケアマネージャーが相応しいと考える。後者は広域の体制整備コーディネーターとして都道府県や精神保健福祉センター等に配置されることが望ましいと考えられる。その際の対象は、医療観察法対象者に限らない、多機関・多職種による包括的な手厚いケアを必要とする障害者とすれば、より有効に機能することが考えられるのではないか。医療観察法の地域処遇体制強化事業は3年間の補助事業である。この間に、地域処遇に関する体制を地域生活支援に関する体制の構築とあわせて考える必要がある。医療観察法の法施行5年後の運用に関する国会への報告が為され、必要に応じた見直しも検討される年を迎えている。ソーシャルインクルージョンに向けて各位がそれぞれの立場で真摯に当事者の地域生活支援の歩みを重ねたいと考える。

■ 研修会資料

ソーシャルインクルージョンを目指して ～医療観察制度における地域処遇推進のための支援者研修～

日時及び会場：2010年2月12日(金)～13日(土)

会場：愛知県産業労働センター 12F 会議室

2010年2月22日(月)～23日(火)

会場：岡山国際交流センター2F 国際会議場

■ プログラム *名古屋・岡山

1日目/名古屋2月12日(金)・岡山2月22日(月)

10:00	開講式・オリエンテーション
10:15	講義-1「地域処遇対象者の生活支援の在り方」(60分) [名古屋] 桑原 寛 (神奈川県精神保健福祉センター 所長) [岡山] 川副 泰成 (国保旭中央病院神経精神科 院長補佐)
11:25	講義-2「医療観察制度における処遇の実際と課題ー医療観察法地域処遇体制強化事業を中心に」(45分) [名古屋・岡山] 新川 智之 (厚生労働省社会・援護局 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室 指導係長)
13:10	実践報告-1「地域処遇対象者の支援の実際と課題」(80分) ①指定通院医療機関の精神保健福祉士の立場から (40分) [名古屋] 久野 利春 (大阪府立精神医療センター) [岡山] 谷本 章広 (岡山県精神科医療センター) ②障害福祉サービス事業所の立場から (40分) [名古屋] 荒川 浩平 (社会福祉法人もえの会 萌作業所) [岡山] 脊戸 京子 (社会福祉法人つばき会 地域生活支援センターあん センター長)
14:50	グループ演習-1「参加者として考える地域処遇の課題と展望」(120分)

2日目/名古屋2月13日(土)・岡山2月23日(火)

09:40	実践報告-2「道東地区におけるダブル・マネジャー・システムによる実践」(130分) <休憩 10分> ①社会復帰調整官によるシステムマネジメント (60分) [名古屋・岡山] 江口 義則 (釧路保護観察所 社会復帰調整官) ②相談支援専門員によるケアマネジメント(60分)
10:40	[名古屋・岡山] 佐々木 寛 (地域生活支援センター・ハート釧路 センター長)
10:50	
11:50	講義-3「社会復帰調整官による支援の現状と課題」(60分)
13:00	[名古屋・岡山] 武野 興司 (法務省保護局総務課精神保健観察企画官室 生活環境調整係長)
14:15	グループ演習-2「事例研究」(120分)
16:15	全体会・閉講式 (～16:30 終了)

地域処遇対象者の生活支援の在り方 現状と課題

神奈川県精神保健福祉センター
桑原 寛

1

心神喪失等医療観察法

平成15年制定、平成17年施行

第1章 総則

(目的)

第1条 この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。

2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。

2

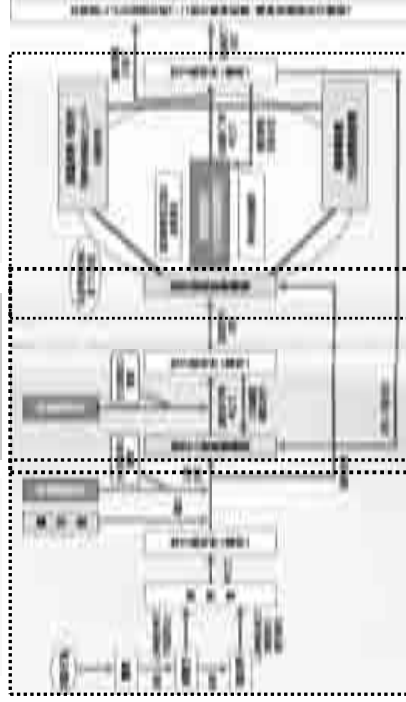
医療観察制度における地域処遇

- 地域処遇の法的な定義
医療観察制度の対象者に対し、関係機関が相互に連携し、地域社会で継続的かつ適切な医療を提供するとともに、その生活状況の見守りと必要な指導を行い、必要な精神保健福祉サービス等の援助を提供すること。
- 医療観察制度における「地域」
 - 1) 地域処遇ネットワーク
 - 2) 生活の場としてのコミュニティ(一般地域社会)
- 地域処遇は、医療観察法および政省令、国の地域処遇ガイドライン、地方自治体の運営要綱および精神保健福祉法、障害者自立支援法、その他、地域精神福祉関連法に基づき実施される。
- 目標：ノーマライゼーション、ソーシャル・インクルージョンの推進

3

心神喪失者等医療観察制度における処遇の流れ

審判(入院・退院決定手続等) 指定入院医療機関での医療 地域社会における処遇



指定医療機関による「医療」、保護観察所による「精神保健観察」、都道府県・市町村などの行政機関による「援助」
地域処遇の3本柱
地域処遇ハンドブック 法務省保監局 11.8.2

「地域」の概念の進展

- 昭和40年:保健所→平成18年:市町村
- 立体的層構造的な地域生活圏
市町村(政令指定都市,中核市,特別区,
政令市,その他)
二次保健医療圏、二次障害福祉圏
都道府県、国
● 生活者の視点での地域ネットワーク
家庭、学校、職場、医療機関も
地域の一部

5

神奈川県における立体的層構造的な相談支援システム



【障害者支援と自殺予防支援を車の両輪とした支援体制の構築】
人生の支え...「生きる」を支える(見守り支援、地域作り:市町村、地域住民)
生活の支え...生活安定化への支援(福祉的サポート、行政サポート:市町村)
生命の支え...危機対応、緊急支援(医療的サポート、警察対応:県域)

*資料末に拡大図あり

医療観察制度における地域とは？

- 今日「地域」という言葉は様々な意味で用いられている
日常生活の場、コミュニティ、地域ネットワーク
行政圏域:市町村、二次保健医療圏、都道府県、
平面的な地域や立体的層構造的な地域等
- 医療観察制度における「地域」
(1) 地域処遇ネットワーク
医療観察法に定められた地方自治体の役割
地域処遇ガイドラインに定められた地域関係機関
地方自治体の運営要綱上の地域処遇ネットワーク
(行政機関、民間団体、当事者・家族)
- (2) 社会生活の場としてのコミュニティ
地域処遇終了後の生活の場まで

7

地域における処遇の法的根拠

- 心身喪失者等医療観察法
- 政省令と業務運営要綱
- 国ガイドライン
(1) 地域社会における処遇のガイドライン
(2) 指定入院医療機関運営ガイドライン
(3) 入院処遇ガイドライン
(4) 指定通院医療機関運営ガイドライン
(5) 通院処遇ガイドライン
cf: 地域処遇ハンドブック、通院処遇ハンドブック
- 地域精神保健医療福祉関係連法規
障害者基本法、精神保健福祉法、障害者自立支援法、
障害者雇用促進法、発達障害者支援法、自殺対策基本法、
その他:地域保健法、介護保険法、健康増進法、
労働安全衛生法

8

地域における処遇の法的根拠

第1 地域精神保健福祉社における市町村の役割	また、平成17年には、医療観察法が施行されたが、医療観察法による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める医療観察法に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応が求められる。
第2 市町村の役割	また、平成17年には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める医療観察法に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応が求められる。
第3 市町村の役割	また、平成17年には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める医療観察法に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応が求められる。

地域処遇ハンドブック 法務省保局 18.2 9

市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務分担

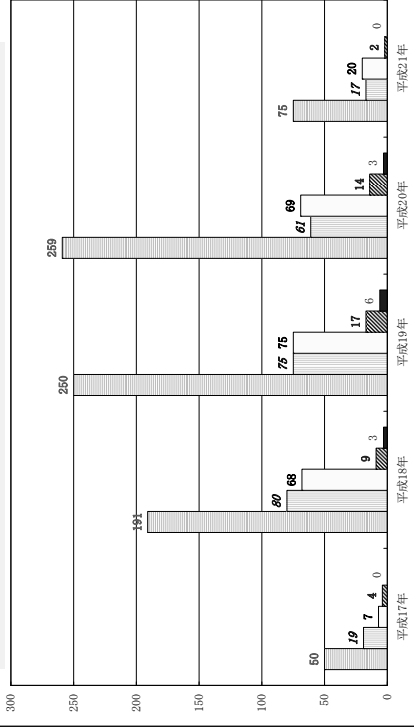
精神保健福祉センター運営要領について 昭和三十九年(平成八年)七月十九日 昭和三十九年(平成九年)四月二十九日 昭和三十九年(平成九年)四月二十二日		精神保健福祉センター	
平成18年12月22日 障発第1222003号	保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領	市町村	保健所
1. 検閲 市町村の所管に属する事項に配慮 2. 職員 職数等	1. 検閲 市町村の所管に属する事項に配慮 2. 職員 職数等	1. 検閲 市町村の所管に属する事項に配慮 2. 職員 職数等	1. 検閲 市町村の所管に属する事項に配慮 2. 職員 職数等
3. 会議等	3. 会議等	3. 会議等	3. 会議等
4. 地域精神保健福祉センターとの連携	4. 地域精神保健福祉センターとの連携	4. 地域精神保健福祉センターとの連携	4. 地域精神保健福祉センターとの連携
5. その他	5. その他	5. その他	5. その他
6. その他	6. その他	6. その他	6. その他
7. その他	7. その他	7. その他	7. その他
8. その他	8. その他	8. その他	8. その他
9. その他	9. その他	9. その他	9. その他
10. その他	10. その他	10. その他	10. その他

市町村、保健所、精神保健福祉センターの業務分担 医療観察法関連業務

精神保健福祉センター運営要領について 昭和三十九年(平成八年)七月十九日 昭和三十九年(平成九年)四月二十九日 昭和三十九年(平成九年)四月二十二日	精神保健福祉センター
第1 地域精神保健福祉社における保健所の役割	また、平成17年には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める医療観察法に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応が求められる。
第2 市町村の役割	また、平成17年には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める医療観察法に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応が求められる。
第3 市町村の役割	また、平成17年には、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律(平成15年法律第110号)による地域社会における処遇は、保護観察所長が定める医療観察法に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、市町村においても保護観察所や保健所等関係機関相互の連携により必要な対応が求められる。

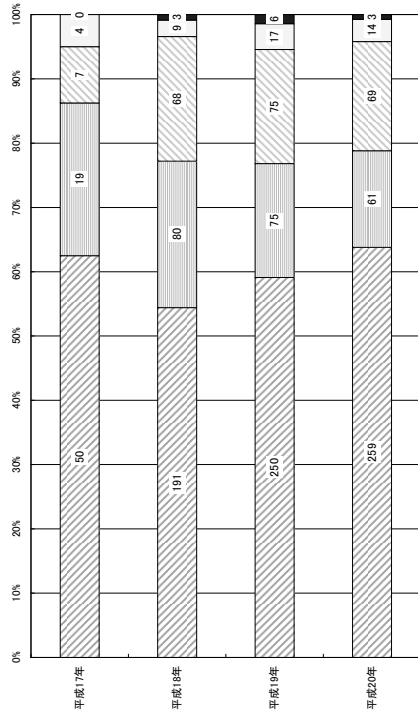
その他、国の地域処遇ガイドライン：(1)「地域社会における処遇のガイドライン」、(2)「特定入院医療機関運営ガイドライン」、(3)「入所処遇ガイドライン」、(4)「指定通院医療機関運営ガイドライン」、(5)「通院処遇ガイドライン」からなる。

医療観察制度の申立て・決定件数の推移



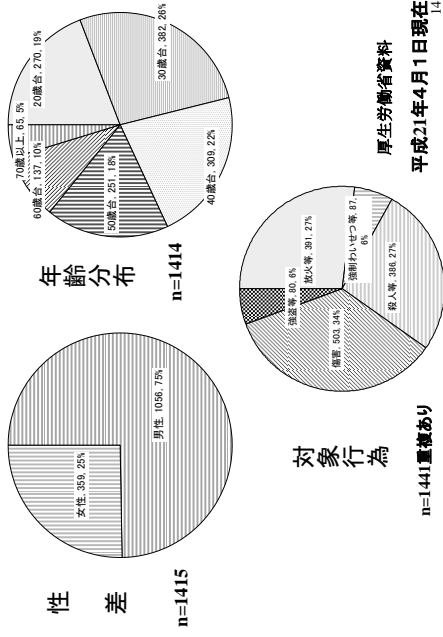
厚生労働省資料
平成21年4月1日現在、平成17年：7～12月、平成21年：1～4月
□入院決定 □通院決定 □医療不要決定 ■申し立て却下 ■取り下げ

医療観察制度の申立て・決定件数の推移



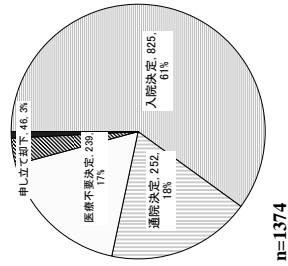
厚生労働省資料
 平成21年4月1日現在、平成17年：7～12月、平成21年：1～4月

検察官による医療観察法の申立て対象者

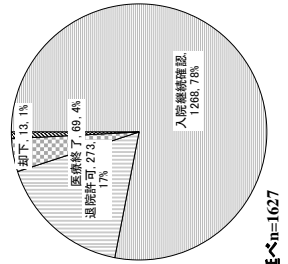


医療観察制度の決定内訳と終局内訳

検察官申し立てに対する
 地方裁判所決定内訳



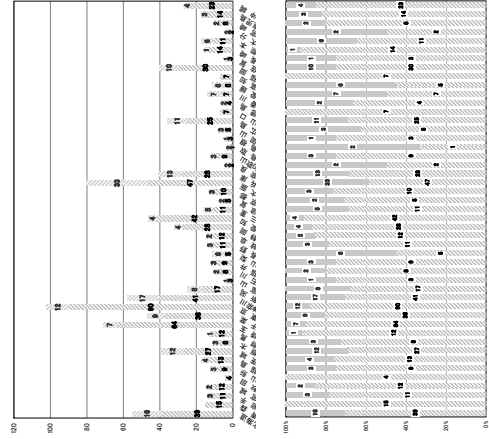
終局内訳(延べ件数)



厚生労働省資料

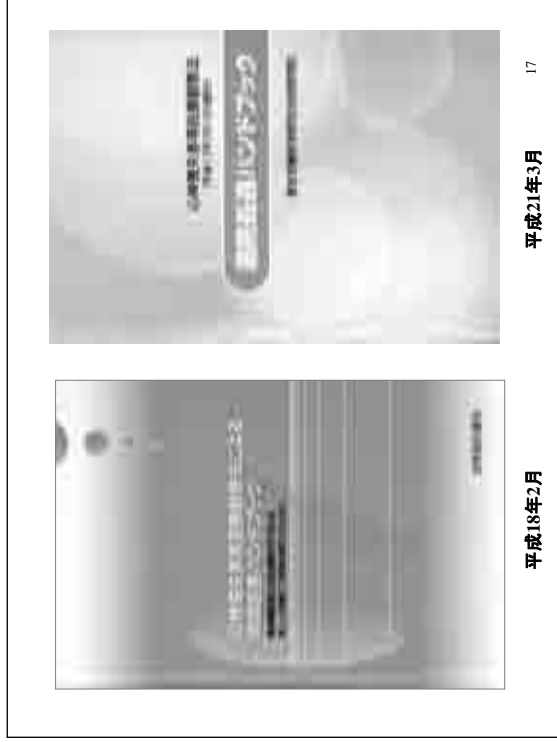
平成21年4月1日現在(平成17年：7～12月、平成21年：1～4月)

都道府県別入院・退院決定数と構成比



厚生労働省資料

平成21年4月1日現在



平成18年2月

平成21年3月

17

通院医療ハンドブック（平成21年3月）

目次 (1)

第1章 地域社会における処遇の概要

1. 地域社会における処遇
2. 保護観察所(社会復帰調整官)
3. 生活環境調整と精神保健観察
4. ケア会議
5. 処遇実施計画

第2章 指定通院医療機関における医療

1. 通院医療と基本理念
2. 通院医療開始前の準備
3. 通院医療の開始(初診)
4. 通院医療の進行
5. 通院医療の終了
6. 個別の医療サービス
7. 通院医療におけるプログラム
8. 緊急時の対応(指定通院医療機関)
9. 身体合併症への対応
10. 通院医療における医療費

第3章 通院処遇における地域連携

1. 地域連携のあり方
2. 地域における関係機関とその連携
3. 社会資源とその利用
4. 緊急時の対応(地域処遇)
5. 家族とその支援
6. 地域社会での生活
7. 情報管理と権利擁護

18

通院医療ハンドブック（平成21年3月）

目次 (2)

第3章 通院処遇における地域連携

1. 地域連携のあり方
2. 地域における関係機関とその連携
(1)行政機関の役割、(2)個別の行政機関の役割
3. 社会資源とその利用
(1)居住系サービス、(2)日中の支援
4. 緊急時の対応(地域処遇)
(1)ケアラインシステム、(2)精神科救急システム
(3)警察との連携
5. 家族とその支援
(1)心理的サポート、(2)教育的サポート
(3)福祉的サポート
6. 地域社会での生活
経済、生活管理、社会活動、個人心理的側面
7. 情報管理と権利擁護
(1)情報管理、(2)権利擁護

19

2 地域における関係機関とその連携 (1)

●精神保健福祉法に基づき精神保健福祉サービス
を基盤に、開放系としての地域ケア体制のなか
で行われる。

●地域処遇の3本柱

指定医療機関による「医療」

保護観察所による「精神保健観察」

都道府県・市町村などの行政機関による「援助」

注1：行政機関の役割は、対象者が入院処遇から通院処遇を経て地域処遇へと移行するにつれて増大し、観察期間終了後は、行政機関と地域精神保健福祉関係機関が主な支援活動を継続していく。

注2：地域関係機関；保護観察所、都道府県主管理、精神保健福祉センター、保護所、市町村主管理、福祉事務所、指定通院医療機関、精神障害者社会復帰施設等、その他、警察署、社会福祉協議会、民生委員協議会

20

2 地域における関係機関とその連携 (2)

- **通院・地域処遇への移行は、対象者の病状の軽快が前提で基本的には通常の精神障害者の地域生活支援活動と変わるところはない。**
- **対象者は、「医療」と「精神保健観察」を併せて受けている。**
- **適正な援助の提供には、社会復帰調整官との連携協力が不可欠。**
- **本制度は発足後まじくも伝えるための実践例は十分処置の状況を正しくも伝える必要はない。**
- **対象者の地域生活支援では**
 - ① 個人情報保護への配慮、
 - ② 病状の再燃悪化に対する早期発見と適正な対応、
 - ③ 地域生活支援サービスの提供方法などに留意

2 地域における関係機関とその連携 (3)

- 障害者自立支援法と精神保健福祉法に基づく相談・地域生活支援
保健、医療、福祉、就労支援等々多岐にわたる。
個別具体的なサービス提供には、市町村、保健所、精神保健福祉センターをはじめ、その他、地域精神保健福祉関連の多種多様な関係機関が関わる。
 - 病状の再燃悪化への対応
当事者との信頼関係を築き、責任をもって一貫性のある継続的な支援活動を展開することで、病状の変化に早期に気づき、再入院を防ぐための工夫・支援を行うことが可能になる。
 - 個人情報の保護
地域住民の誤解や偏見から当事者を守るためにも十分な配慮が必要。個別具体的な支援ニーズの変化に対して、当事者の同意を得ながら徐々に支援の圏を拡げていく。
 - 総合調整を行う担当者
当事者にかかる諸状況とニーズを適正に把握し、有用かつ効果的な地域生活支援サービスを提供するためには、総合調整担当者を選び、その人を核に、具体的な支援サービス提供と個別的地域支援ネットワークづくりがなされることが望まれる。
- 22

2 地域精神保健福祉担当行政機関の標準的な機能・役割 (4)

標準的な機能・役割	精神保健福祉センター	医療機関等*	関係機関
生活支援 生活支援活動の企画・実施	個別相談・生活支援活動の提供 生活支援活動の企画・実施	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供
総合調整官との連携 総合調整官との連携	総合調整官との連携	総合調整官との連携	総合調整官との連携
地域生活支援 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供
個人情報保護 個人情報の取扱い	個人情報の取扱い 個人情報の取扱い	個人情報の取扱い 個人情報の取扱い	個人情報の取扱い 個人情報の取扱い
社会復帰支援 社会復帰支援活動の提供	社会復帰支援活動の提供 社会復帰支援活動の提供	社会復帰支援活動の提供 社会復帰支援活動の提供	社会復帰支援活動の提供 社会復帰支援活動の提供
地域生活支援 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供
生活支援 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供
地域生活支援 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供	地域生活支援活動の提供 地域生活支援活動の提供
生活支援 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供
生活支援 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供
生活支援 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供
生活支援 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供
生活支援 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供	生活支援活動の提供 生活支援活動の提供

注：* 市町村、保健所、医療機関等。標準的な機能・役割は、地域精神保健福祉担当行政機関の標準的な機能・役割に基づいて設定している。

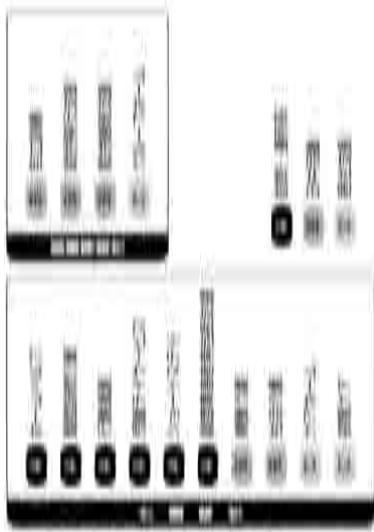
心・身・生活支援等医療連携ネットワーク（平成21年3月）

3 社会資源とその利用法 (1)

- **障害者自立支援法等に基づく支援**
 - **病院・施設中心 → 地域生活中心**
 - **社会復帰促進および障害者地域生活支援体制整備に向けた新たな仕組みの導入**
- 市町村を提供者としてサービスの一元的利用者主体（措置→契約）
支援手段区分及びケアマネジメントの導入
三障害分野を統合した新たなサービス体系
- 【障害者雇用促進法】
- cf: 医療観察法という管理的な仕組みと社会復帰施設が必要とする本人の意思という基本的原則とをどうつなぐ必要があるか？
- また、個人情報をごとまで共有するのが適切かにも注意が必要。

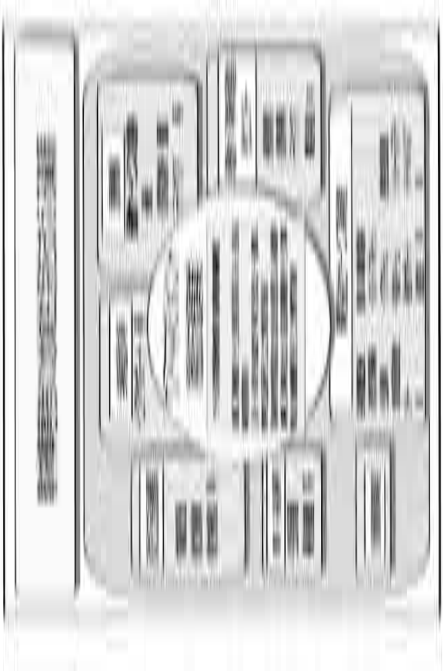
3 社会資源とその利用法 (2)

(2) 日中の支援：障害者自立支援法における新サービス⁵の仕組み



心身喪失者等医療観察法 通院医療ハンドブック (平成21年3月)⁵

3 社会資源とその利用法 (3)



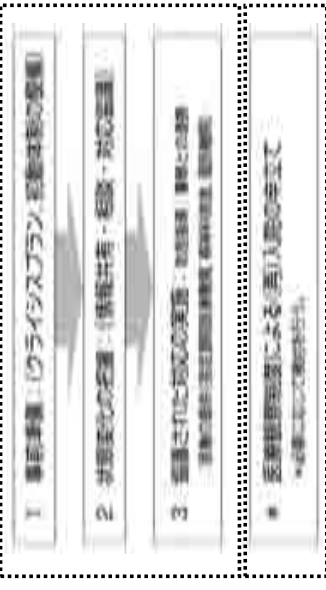
厚生労働省資料

26

4 緊急時の対応

病状悪化時における緊急対応の流れ図

精神保健福祉法による対応



医療観察制度による対応

心身喪失者等医療観察法 通院医療ハンドブック (平成21年3月)

4 緊急時の対応 (1) クライシスプランの例 (表5)

The table shows an example of a crisis plan. It has two main columns: '緊急時の対応' (Emergency response) and '対応要請' (Request for response). The rows describe various emergency situations and the corresponding actions and requests.

心身喪失者等医療観察法 通院医療ハンドブック (平成21年3月)

通院医療モデルの構築に関する研究（平成21～23年）

通院処遇ワークシヨップ

- 特徴ある都道府県の選択
年間3ヶ所の現状調査→3年間で9ヶ所
初年度：神奈川県、岩手県、熊本県等
- 幾つかの指標
通院対象者総数等、指定通院医療機関確保状況、
指定入院医療機関の有無、精神科救急医療体制
整備状況、年間措置入院者数、人口万対精神病床
数、地域特性（人口密度、面積等）など
- 現場における通院処遇の現状調査
選択した都道府県に向いて、研究報告会、ヒア
リング、実地調査などを実施。

29

指定通院医療機関からみた通院処遇の成果

通院医療モデルの構築に関する研究 分担研究者：岩成秀夫

- 社会復帰調整官と地域行政担当者の連携により
適正な地域処遇が着実に展開されつつある。
- 社会復帰施設の主体的な協力が得られている。
- 顔の見える地域処遇ネットワークが形成されつ
つある。
- 当事者の希望を尊重した処遇決定ができる
→感謝されコンプライアンスの改善
- 当事者の疾病受容が進み再燃再発の防止や早期
対応が可能となっている。
- 多職種チームによる対応、アウトリーチ活動の
有用性の確認
- ケアマネーメンツの有効性の確認
- 対象者との事前面接で通院治療の円滑な開始が
可能

30

指定通院医療機関からみた通院処遇の課題

通院医療モデルの構築に関する研究 分担研究者：岩成秀夫

- 地域内の指定通院機関が少なく、分布に偏りが
あるため、適当な通院先の確保が困難、通院先
が遠くなる。
- 通院に時間と費用がかかり、外来プログラムの
利用が困難。
- 通院圏内に居住先を移すケースや継続通院ケ
ースが増加 → 特定地域への対象者集中の問題
- 入院プログラムの地域処遇での継続が困難
- 居住地の確保が困難
- 通常業務との関係でチームを複数準備すること
が困難 → 受入れ可能数に限り
- チーム会議や評価シート作成の手間が大変
- 現行の診療報酬では採算が合わない
- 地域関係者にとって医療観察制度は別世界

31

地域関係者の視点からの地域処遇の評価

- 当事者と家族、地域生活支援関係者には一定
の評価
- 社会復帰調整官の役割の同定と充実化
- 地域精神保健福祉行政担当者の役割と連携の
在り方について現場での横断が有効
- 地域での実践状況についての情報の共有化
- 司法サイドと精神保健医療福祉サイドの連携
の進展
- クリテイルパス、ハンドブックなど各種
マニュアルの作成
- 「人づくり」と「地域づくり」の進展
- 立体的層構造的ネットワークの進展

32

障害者自立支援法施行後3年の見直し経緯

- 平成20年11月
精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会からの提言
→「精神障害者支援の見直しポイント」
全国知事会からの提言：「障害者自立支援法の見直しに係る提言」
- 平成20年12月
社会保障審議会障害者部会報告 ～障害者自立支援法施行後3年の見直しについて～
- 平成21年3月
「障害者自立支援法等の一部を改正する法律案」を国会に上程
→ 7月21日、衆議院解散に伴い廃案
①利用者負担の見直し：応能負担を原則
②障害者の範囲および障害程度区分の名称と定義の見直し
発達障害を含める、障害程度区分→障害支援区分
③相対支援の充実：相対支援体制の強化
④障害児支援の強化
⑤地域における自立した生活のための支援の事業
- 平成21年7月
政権交代、衆議院の解散により自立支援法改正案の廃案

33

障害者自立支援法の運用の課題

- 新たな地域の人づくり（市町村職員等）
- 地域資源の充実化
- 自立支援協議会の充実化と活用
- ケアマネジメント体制の整備
- モニタリング体制の整備
- 当事者ニーズをふまえた障害福祉計画策定
- 重層的地域支援ネットワークの整備
- 退院促進、精神科救急、就労支援体制の整備
- 発達障害者、高次脳機能障害者支援
- 医療観察法対象者の社会復帰支援
- 権利擁護体制の整備

34

障害者雇用促進法の改正

- 平成14年4月改正、平成14年5月/10月施行
 - ・精神障害者の定義規定、職場適応援助者事業の実施、
 - ・障害者就業・生活支援センター事業の実施(5月7日施行)
 - ・障害者雇用率制度の改善(10月1日施行)
- 平成17年6月改正、平成18年4月施行
 - ・精神障害者に対する雇用対策の強化
障害者雇用率への算入と障害者雇用納付金制度の適用
 - ・在宅就業者に対する支援
 - ・障害福祉施策との連携
- 平成20年12月改正、平成21年4月施行
 - ・中小企業における障害者雇用の促進
301人以上の企業→101人以上企業
 - ・短時間労働に対応した雇用率制度見直し
実雇用率算定式の分母分子に短時間労働者算入

35

自殺対策加速化プランの概要（平成20年）

1. 自殺対策の推進	2. 自殺対策の推進	3. 自殺対策の推進	4. 自殺対策の推進	5. 自殺対策の推進	6. 自殺対策の推進	7. 自殺対策の推進	8. 自殺対策の推進	9. 自殺対策の推進	10. 自殺対策の推進
11. 自殺対策の推進	12. 自殺対策の推進	13. 自殺対策の推進	14. 自殺対策の推進	15. 自殺対策の推進	16. 自殺対策の推進	17. 自殺対策の推進	18. 自殺対策の推進	19. 自殺対策の推進	20. 自殺対策の推進
21. 自殺対策の推進	22. 自殺対策の推進	23. 自殺対策の推進	24. 自殺対策の推進	25. 自殺対策の推進	26. 自殺対策の推進	27. 自殺対策の推進	28. 自殺対策の推進	29. 自殺対策の推進	30. 自殺対策の推進
31. 自殺対策の推進	32. 自殺対策の推進	33. 自殺対策の推進	34. 自殺対策の推進	35. 自殺対策の推進	36. 自殺対策の推進	37. 自殺対策の推進	38. 自殺対策の推進	39. 自殺対策の推進	40. 自殺対策の推進
41. 自殺対策の推進	42. 自殺対策の推進	43. 自殺対策の推進	44. 自殺対策の推進	45. 自殺対策の推進	46. 自殺対策の推進	47. 自殺対策の推進	48. 自殺対策の推進	49. 自殺対策の推進	50. 自殺対策の推進
51. 自殺対策の推進	52. 自殺対策の推進	53. 自殺対策の推進	54. 自殺対策の推進	55. 自殺対策の推進	56. 自殺対策の推進	57. 自殺対策の推進	58. 自殺対策の推進	59. 自殺対策の推進	60. 自殺対策の推進
61. 自殺対策の推進	62. 自殺対策の推進	63. 自殺対策の推進	64. 自殺対策の推進	65. 自殺対策の推進	66. 自殺対策の推進	67. 自殺対策の推進	68. 自殺対策の推進	69. 自殺対策の推進	70. 自殺対策の推進
71. 自殺対策の推進	72. 自殺対策の推進	73. 自殺対策の推進	74. 自殺対策の推進	75. 自殺対策の推進	76. 自殺対策の推進	77. 自殺対策の推進	78. 自殺対策の推進	79. 自殺対策の推進	80. 自殺対策の推進
81. 自殺対策の推進	82. 自殺対策の推進	83. 自殺対策の推進	84. 自殺対策の推進	85. 自殺対策の推進	86. 自殺対策の推進	87. 自殺対策の推進	88. 自殺対策の推進	89. 自殺対策の推進	90. 自殺対策の推進
91. 自殺対策の推進	92. 自殺対策の推進	93. 自殺対策の推進	94. 自殺対策の推進	95. 自殺対策の推進	96. 自殺対策の推進	97. 自殺対策の推進	98. 自殺対策の推進	99. 自殺対策の推進	100. 自殺対策の推進

36

* 資料末に拡大図あり

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて H21.9

障害者の権利条約

Convention on the Rights of Persons with Disabilities

2006年12月 国連総会で「障害者の権利条約」が採択される。
2007年 9月 日本政府の署名(107カ国目)。今後、20カ国が
批准・加入書が寄託された時点で効力発生となる。

第1条(目的) 障害者の定義に精神的機能障害が明記。
第2条(定義) 障害に基づく差別に「合理的配慮」の否定も
含まれることが盛り込まれた。

第19条 地域社会へのインクルージョン、地域での生活サー
ビスの提供。

第24条 地域でのインクルーシブな教育。

第27条 開かれたインクルーシブな労働市場の機会の提供。⁸⁸

障がい者制度改革推進本部(第1回)会議H21.12.15



検討事項例：モニタリング機関、差別等の禁止にかか
る制度、教育、雇用、障害福祉サービス等

適切な地域処遇に向けた通院医療体制構築の課題

- 指定入院・通院医療機関や社会資源の不足の
解消
- 通院医療クリニックカルのパスの検討
理想のみならず現実的な目標の設定
- 多職種チームで行う専門医療体制
- ケアマネジメント体制の整備
- アウトリーチ型ケアの提供体制
- 危機発生時の対応体制の確立
- 司法サイドと精神保健医療福祉サイドの関係
諸機関相互の連携強化
- 地域の関連機関との連携強化：行政機関、民
間団体

適正な地域処遇にかかると課題

- 新たな地域づくりの理念:ソーシャルインクルージョンの実現
- 障害者自立支援法、自殺対策基本法等をふまえた立体的層構造的な地域支援体制の整備
- 運営連絡協議会、ケア会議等の活用
医療観察法関連の保健所地域活動にかかるとモデル推進事業
- モニタリング、実態調査、当事者・家族・地域支援関係者の意見聴取等
- 適正な地域処遇活動推進のための国家予算措置

41

ノーマライゼーション&ソーシャルインクルージョン

- ノーマライゼーション
障害を持っていても健常者と等しくあたりまえに生活できるような社会の実現への取り組み
- ソーシャル・インクルージョン
社会から排除された人々の市民権を回復し、再び社会に参入することを目標に、公的扶助や職業訓練、就労機会の提供等を総合的に実施。
刑余者、薬物中毒、若年失業者、外国人、ホームレス
孤独死、児童・配偶者・高齢者虐待、自殺

参考：「社会的な擁護を要する人々に対する社会福祉のあり方に関する検討会報告書」平成12年12月8日（社会的な擁護を要する検討会）

42

「ソーシャルインクルージョンを目指して」
医療観察制度における地域処遇推進のための支援者研修会
医療観察制度における処遇の実際と課題
-医療観察法地域処遇体制強化事業を中心に-

講義スライド

1

Table of Contents
0 本日の講義アウトライン

1

Overview of Legal system

医療観察法制度 概論

- 法のポイントについて
- 法に基づく通院医療について
- 法に基づく地域処遇に関する考察

2

Overview of Action

厚生労働省の新たな取り組み(医療観察法)

- 障害福祉サービス報酬の改定について
- 通院対象者通院医学管理料の改定について
- 障害者自立支援対策臨時特交付金による新規事業(医療観察法地域処遇体制強化事業)について

2

医療観察法とは

「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」

・平成15年7月成立・公布
・平成17年7月15日施行

1

Overview of Legal system

医療観察法制度 概論

-地域処遇を中心として-

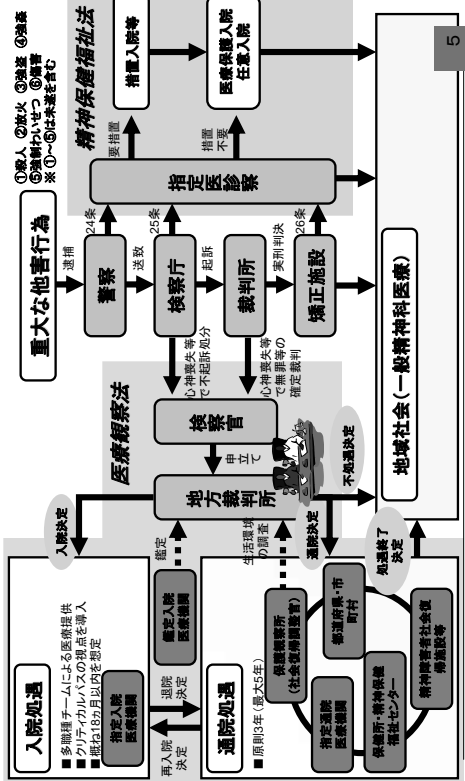
(目的等)

第1条 この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療の実施を確保するとともに、そのために必要な観察及び指導を行うことにより、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。

2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰することができるように努めなければならない。

4

司法精神医療システム



医療観察法のポイント

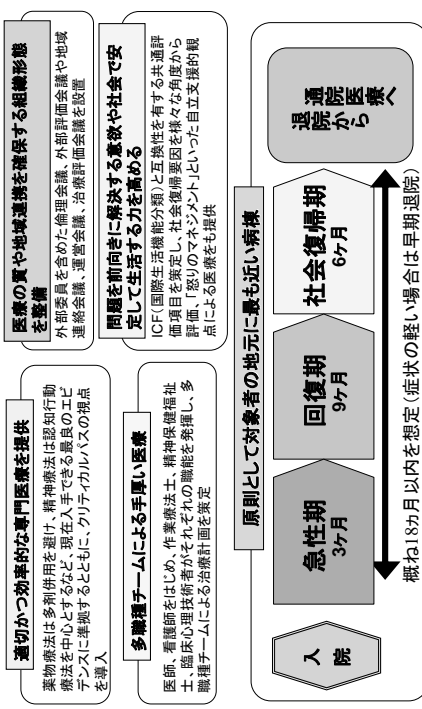
- **裁判所が適切な処遇を決定**
 対象者の処遇の開始及び終了等については、裁判所(合議体)において、適切な鑑定等を踏まえて決定する
- **手厚い専門的な医療を行う**
 対象者の入院医療については、国公立の指定入院医療機関で適切な処遇を実施する
- **地域での継続的な医療を確保するための仕組み**
 指定通院医療機関が適切な医療を提供・保護観察所(社会復帰調整官)が都道府県等と連携の上、処遇の実施計画を定め、観察・指導等を実施

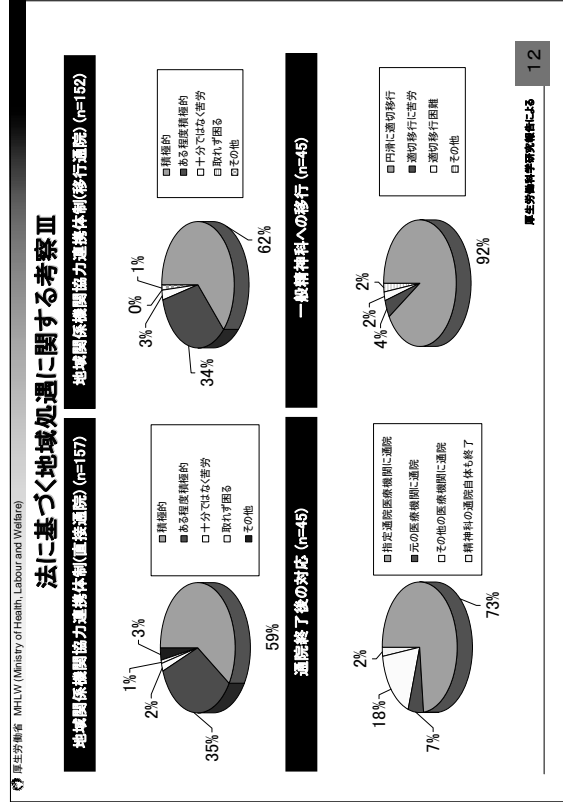
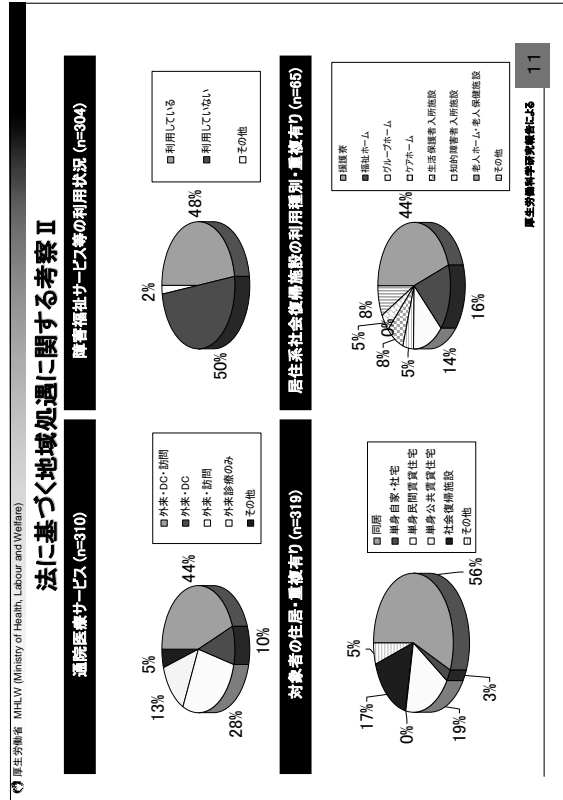
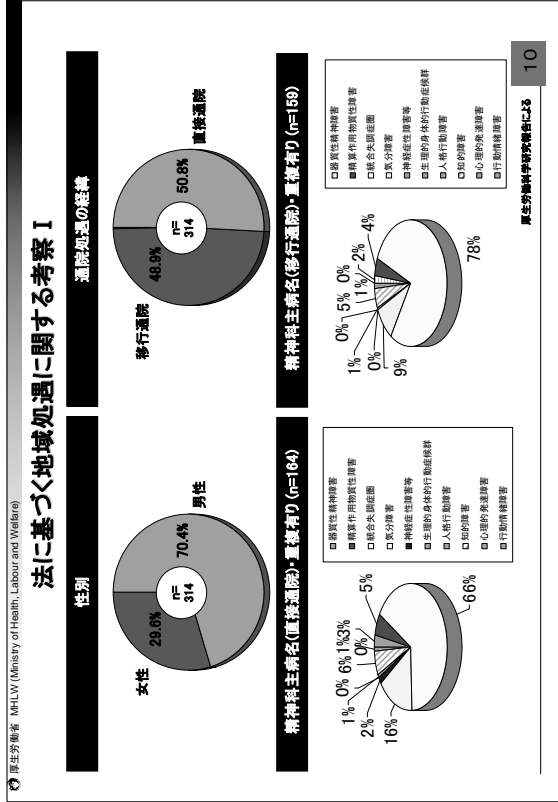
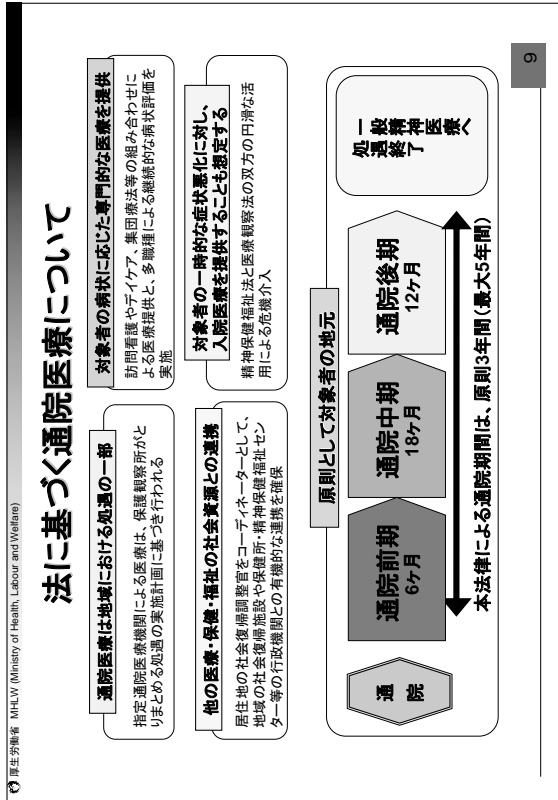
必要な医療を確保して病状の改善を図り、再び不幸な事態が繰り返されないよう社会復帰を促進する

各種ガイドラインについて

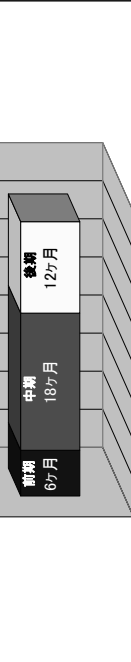
- (1) **地域社会における処遇のガイドライン**
 対象者の社会復帰を支援すべき関係機関の役割分担等について記載したものの。
 作成: 法務省保護局及び厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課
- (2) **入院処遇ガイドライン**
 指定入院医療機関において提供すべき医療内容等について記載したものの。
 作成: 厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課
- (3) **指定入院医療機関運営ガイドライン**
 指定入院医療機関を運営するに当たり必要な事項等について記載したものの。
 作成: 厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課
- (4) **通院処遇ガイドライン**
 指定通院医療機関において提供すべき医療内容等について記載したものの。
 作成: 厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課
- (5) **指定通院医療機関運営ガイドライン**
 指定通院医療機関を運営するに当たり必要な事項等について記載したものの。
 作成: 厚生労働省社会・援護局障害福祉部精神保健福祉課

法に基づく入院医療について





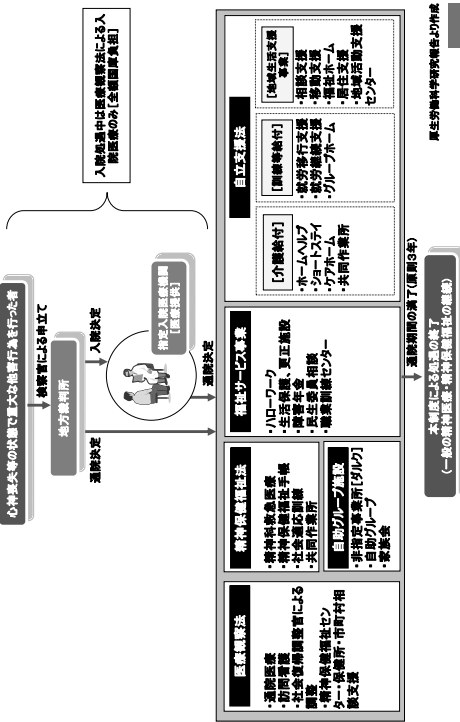
通院医療クリテリカルパス(標準的な医療内容のイメージ)



主要項目 本人の目安	1~7月目(前期)	2~6ヶ月目(前期)	7~24ヶ月目(中期)	25~36ヶ月目(後期)
地域生活に慣れる 必要医療費の負担 社会適応の目的	定期的な通院 週1~2回 週2~5回	生活を楽しむことが出来る 地域生活に慣れる 医療費の負担が軽減 地域の人の交流ができる	継続して必要医療費が安くなる 今後の生活が楽になる 将来的な生活が望める	医療費が更に安くなる 地域生活が更に楽になる 将来的な生活が更に望める
詳細・治療後方針 通院医療機関への移行	週1~2回 週2~5回	週1回 週1~3回	週1回 週1~3回	週1回 週1~3回
外来通院 訪問看護 通院フォローアップ 訪問看護施設 訪問看護 訪問看護 訪問看護 訪問看護	週1~2回 週1~2回 週1~2回 週1~2回 週1~2回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回
予約制 予約制 予約制 予約制 予約制	週1~2回 週1~2回 週1~2回 週1~2回 週1~2回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回
予約制 予約制 予約制 予約制 予約制	週1~2回 週1~2回 週1~2回 週1~2回 週1~2回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回	週1回 週1回 週1回 週1回 週1回

※個別の治療方針等については、対象者の状況により必要に応じて行い、通院頻度がポイント推移

医療観察法対象者が利用できる医療・福祉サービス資源について



本制度による効果の体感
(一般の精神医療と精神障害者の比較)



医療観察法医療体制整備推進室

2

Overview of Action

厚生労働省の新たな取り組み(医療観察法)

平成22年度医療観察法関係予算(案)の概要

心神喪失者等医療観察法の医療提供体制の充実・強化

21年度予算 22年度予算(案) (対前年度増減額)
219.9億円 → 235.3億円 (+15.4億円)

・入院決定者等の処遇に必要な医療費など	140.5億円	▲	142.0億円
・法に基づく指定入院医療機関の整備など	64.8億円	▲	79.3億円
・地域共生社会の実現	12.0億円	▲	11.5億円
・司法精神医療に参画する医療・福祉職の人材育成	78百万円	▲	66百万円
・その他	1.9億円	▲	1.8億円

平成21年4月からの新たな取り組みについて

1. 障害福祉サービス報酬の改定について

【厚生労働省の取り組み】
 地域社会における如通の円滑な実施に向けて、平成21年度4月から障害福祉サービスの報酬改定を実施

↑

ケアホーム、グループホーム、施設入所支援、宿泊型自活訓練において、法に基づき通院医療の利用者に対して相談援助や個別支援をした場合に、地域生活移行個別支援特別加算として、原則3年を上限に新たに評価

2. 通院対象者通院医学管理料の改定について

【厚生労働省の取り組み】
 平成21年度4月から通院対象者社会復帰体制強化加算を設定

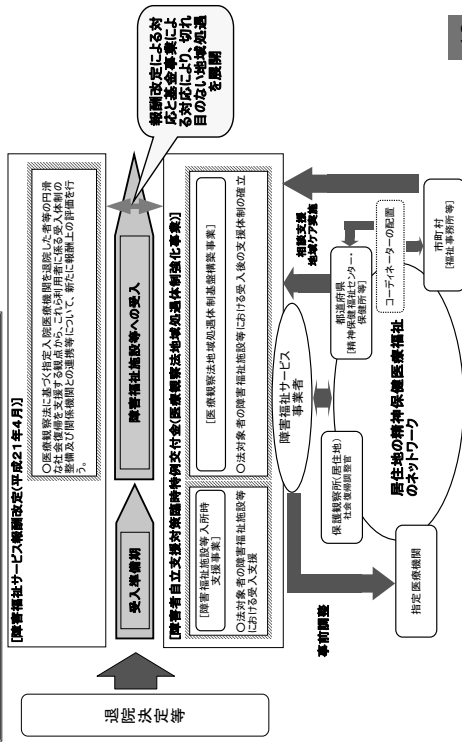
3. 障害者自立支援対策臨時特例交付金による新規事業について

【厚生労働省の取り組み】
 平成21年度4月から医療観察法地域知遇体制強化事業等を新規で実施

↑

法対象者の障害福祉施設等における受入支援としての「障害福祉施設等入所時支援事業」と、法対象者の障害福祉施設等における受入後の支援体制の確立としての「医療観察法地域知遇体制強化事業」の2つの事業で構成（医療観察法地域知遇体制強化事業）

報酬改定及び基金事業による対応について



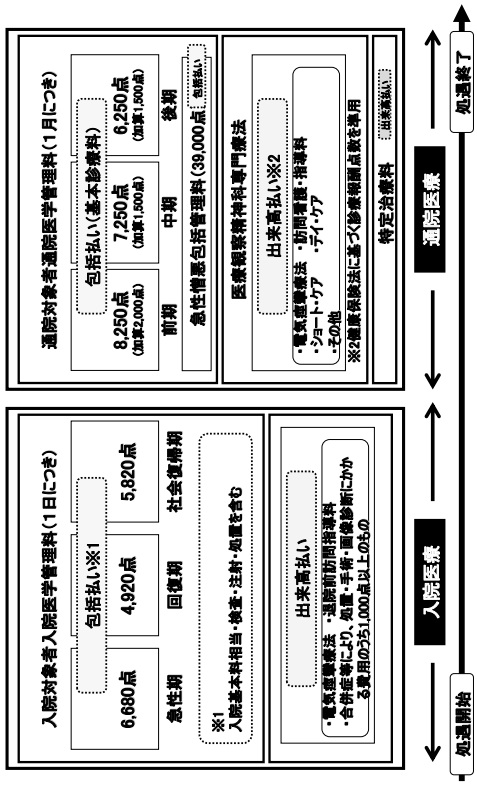
医療観察法関係障害福祉サービス報酬について(概要)

- 1 共同生活介護**
 医療観察法に基づく通院医療の利用者、刑務所出所者等の地域生活への移行に特別の個別支援を要する者に対する支援について評価を行う。
 [地域生活移行個別支援特別加算] 670単位/日 (原則3年を上限)
- 2 施設入所支援**
 医療観察法に基づく通院医療の利用者、刑務所出所者等の地域生活への移行に特別の個別支援を要する者に対する支援について評価を行う。
 [地域生活移行個別支援特別加算(Ⅰ)] 12単位/日(体制加算)
 [地域生活移行個別支援特別加算(Ⅱ)] 306単位/日(原則3年を上限の個人加算)
- 3 宿泊型自立訓練**
 医療観察法に基づく通院医療の利用者、刑務所出所者等の地域生活への移行に特別の個別支援を要する者に対する支援について評価を行う。
 [地域生活移行個別支援特別加算] 670単位/日(原則3年を上限)
- 4 共同生活援助**
 医療観察法に基づく通院医療の利用者、刑務所出所者等の地域生活への移行に特別の個別支援を要する者に対する支援について評価を行う。
 [地域生活移行個別支援特別加算] 670単位/日(原則3年を上限)

通院対象者通院医学管理料の改定について(概要)

- 1 趣旨**
 医療観察法の通院処遇が増加しており、今後指定通院医療機関における通院医療の提供と社会復帰に向けた業務の増加が予想されることから、指定通院医療機関の体制強化を推進する必要があり、通院対象者通院医学管理料にかかる所要の改定を行う。(加算の新設)
- 2 改定内容**
 ○ 通院対象者社会復帰体制強化加算
 指定通院医療機関において作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者を専任で2名以上配置し、常時3名以上の対象者の受け入れる体制を確保している場合、それぞれの所定点数に加算。
 ア 前期通院対象者通院医学管理料に係る加算 2000点/月 (加算後: 10250点)
 イ 中期通院対象者通院医学管理料に係る加算 1500点/月 (加算後: 8750点)
 ウ 後期通院対象者通院医学管理料に係る加算 1500点/月 (加算後: 7750点)
- 3 告示や通知で以下の事項を定める。**
 ○ 当該加算については、当該指定通院医療機関の所在地を管轄する地方厚生局長に対して事前に届出を要する。
 ○ 施設基準は、次のいずれかも満たすこと。
 ■ 専任の作業療法士、精神保健福祉士又は臨床心理技術者を2名以上配置。
 ■ 通院対象者を常時3名以上受け入れる体制を確保。

医療観察診療報酬体系のイメージ



- 補助割合 定額(10/10)
- 実施年度 平成21年度～23年度
- 事業担当部署 精神・障害保健課 医療観察法医療体制整備推進室

医療観察法地域処遇体制強化事業

1 事業の目的
 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に基づき対象者の地域処遇支
 援を充実・強化するため、地域社会における処遇の円滑化を図る。また、地域処遇関係機関の基盤構築を図ると
 ともに、自己生活や社会生活を営むことができるよう、法対象者を適切に受け入れる障害福祉施設等に
 適切に支援すること、継続的な医療提供の確保と社会復帰を促進し、障害者自立支援法の目的である障
 害の有無にかかわらず国民が相互に人格と個性を尊重し安心して暮らすことによる地域社会の実現を図る。

2 事業の内容

(1) 実施主体 都道府県

(2) 事業の内容

① 医療観察法地域処遇体制基盤構築事業

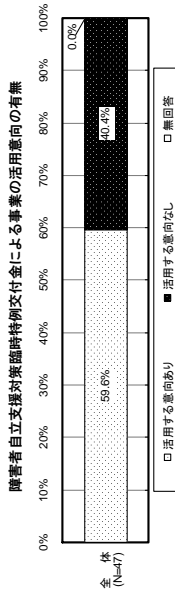
- 法対象者の障害福祉施設等における受入後の支援体制の確立
- ・地域処遇関係機関が行う家族や地域住民からの相談支援
 - ・地域処遇関係機関が行う訪問指導等の地域ケアの実施
 - ・処遇終了後の精神学療法センターへ継続への調整・支援
 - ・コーディネータ配置による相談支援 等

② 障害福祉施設等入所時支援事業

- 法対象者の障害福祉施設等における受入支援
- ・当該家族及び入居法対象者等の居宅への訪問による相談援助
 - ・指定入院医療機関等との調整
 - ・障害福祉施設等における受入れ計画の策定、人員確保
 - ・既受入施設の視察 等

- (3) 補助単価 ①: 1都道府県あたり3年間で22,400千円以内
 ②: 1都道府県あたり3年間で4,600千円以内

都道府県による「医療観察法地域処遇体制強化事業」の活用意向



出典:平成20年度精神障害者社会復帰促進調査研究事業報告による

(参考:調査設計) 平成20年度精神障害者社会復帰促進調査研究事業

【調査目的】
 都道府県主催、障害福祉施設を対象とした
 アンケート調査と、障害福祉施設、精神科医療機
 関を対象にしたヒアリング調査を実施し、地域処遇
 に関する体制や活動状況等に関する実態把握を
 行い、地域処遇体制の充実・強化に向けた基礎
 資料を得ることを目的とする。

【調査対象】
 都道府県主催47ヶ所

【調査方法】
 郵送配布・郵送回収(自記式アンケート)

【調査実施期間】
 平成21年9月

【回収数・回収率】
 47(100.0%)

都道府県による「医療観察法地域処遇体制強化事業」の活用意向 -実施する予定の主な事業内容(抜粋)-

1. 障害福祉施設等入所時支援事業

【実施する予定の主な事業内容】

- ・障害福祉施設等への入所後の生活にかかる相談援助に対する費用の助成
- ・精神保健福祉士等の福祉スタッフの確保に要する費用の助成
- ・障害福祉施設等への入所を支援する事業を委託
- ・対象者を受け入れた障害福祉施設等に対する定額の助成
- ・家族又は指定入院医療機関への訪問による相談援助の費用の助成
- ・対象者が入居するまでの一定期間の空室確保に要する費用の助成 等

2. 医療観察法地域処遇体制基盤構築事業

【実施する予定の主な事業内容】

- ・対象者受け入れ後の検討委員会の開催(医療機関・障害福祉施設・市町村・保健所等)
- ・社会復帰調整官との業務を整理した上で、サポート役のコordinatorを配置し、新たなネットワークづくりを行う
- ・訪問指導体制の基盤構築を図り、対象者の社会復帰を促進する
- ・地域関係機関・障害福祉施設等を対象とした研修会の開催 等

出典：平成20年度精神障害者社会復帰促進調査研究事業報告書による

25

障害者地域移行促進強化事業

1 事業の目的

いよいよ、退院可能な精神障害者の地域移行を図ることは急務であり、従来より地域移行を推進してきたところであるが、長期入院患者の助産等について大きな変化がみられていないところである。

こうした状況を受け、平成20年4月1日、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」を開催し、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援に関する事項について議論を行い、先般中間まとめを行ったところである。

これを受けて今後とも、各都道府県が全域的にさらに施策を展開していくためには、地域移行に関する知識・技術を有した者を一定程度確保することが非常に重要である。

このため、地域において指導的役割を果たす地域移行に関する専門家を養成するとともに、地域住民への説明会等を実施し、障害者の円滑かつ効果的な地域生活への移行を図ることを目的とする。

また、同様に、身体障害者や知的障害者の地域生活移行も障害者自立支援法における重要な課題であり、これらの者の地域生活移行に関する研修を実施する。

2 事業の内容

(1)実施主体 都道府県

(2)事業の内容

① 地域移行に関する専門家等の養成研修

【対象者】相談支援専門員、保健師、精神保健福祉士 等

【研修内容】長期入所・入院者への支援に必要な知識・技術の習得、地域移行先進地区における

実習、医療観察法対象者の地域移行支援に必要知識の習得 等

26

② 地域移行に関する理解促進のための基礎研修

【対象者】市町村職員、地域住民、障害福祉サービス事業者・施設 等

【研修内容】障害者の特性の理解、元長期入所者・入院者の体験談、施設・病院見学、

医療観察法対象者の特性の理解 等

(3)補助単価 研修企画：1都道府県あたり9610千円以内

研修実施：1障害福祉圏域あたり2,000千円以内

3 補助割合 定額(10/10)

4 実施年度 平成21年度～23年度

5 事業担当課室・係 障害福祉課 地域移行支援係

3

Summary

総括(最後に)



27

28

3 総括(最後に)

Summary



医療観察法医療提供体制推進室

地域処遇推進
の支援者のみなさま

- 専門的な地域移行の推進
- 専門的な地域生活支援の実施
- 地域処遇関係機関との連携



地域における継続的な医療の提供と社会復帰の促進の実現

行政
(厚生労働省)

- 医療観察法医療提供体制の充実・強化
- 医療観察法医療の質の向上
- 地域生活支援体制の強化

ご静聴有り難うございました。



ひと、くらし、みらいのために

地域処遇対象者の支援の実際と課題 指定通院医療機関の精神保健福祉士の立場から

講師/久野 利春 (大阪府立精神医療センター)

1. 今日現在数(平成 21 年 12 月現在)

① 通院処遇数

H17 年 11 月開始 全 15 事例

<内訳>

通院処遇中 9件(6件+3件)

処遇終了 2件

指定通院医療機関変更 4件

② 鑑定入院数

H18 年 3 月開始 全 23 事例(1 事例は鑑定通院)
(女性 5 件、男性 18 件)

対象行為

放火 9件

殺人(嘱託殺人) 3件

殺人未遂 5件

傷害致死 1件

傷害 6件

強姦致傷、窃盗、強盗、住居侵入 1件

結果

入院処遇決定 15件(鑑定では不処遇→入院処遇決定)

通院処遇決定 4件

不処遇 3件

鑑定中 1件

2. 指定入院(小規格併設型)

- ・ H19年9月運用開始5ベッド。
- ・ 12名の入院;内7名が退院(4名が単身生活、2名が通院処遇で任意入院、1名が処遇終了で特定入院にて転院)。
- ・ 毎週の治療評価会議に大阪の社会復帰調整官が参加。
- ・ 指定入院医療機関に費用のかけ過ぎ。
- ・ 運用の柔軟性を。

3. 通院処遇中の問題

- ・ 通院、鑑定入院、入院処遇の窓口はワーカー。社会復帰調整官の窓口もワーカー。
- ・ ケア会議等、医療観察法関連の会議が多く、時間を取られること。
- ・ かかわりの基本は日常業務と変わらないが、少しのかかわりの深さと注意深さをもったかかわりをしている。
- ・ また、かかわりの視点として「内省、洞察」「コンプライアンス」を常に意識したかかわりを心がけている。
- ・ ケア会議の場所も病院に固定的に考えず、地域の関係者が集まりやすい場所で開ければよいのではないか。
- ・ ケア会議で本人も含め今後の具体的取組みを決定していけること。個人的に我々が判断するのではなく、チームで判断し確認できること。
- ・ 一番問題なのは、危機時の対処方法。そのための情報の集中と共有化(連携の問題)。病院ではワーカー、地域では社会復帰調整官。

- ・ (事例紹介)

- ・ 地域への予算措置の問題。H21.4～予算化したが、居住のケアに限っている。民間作業所や支援センター、ホームヘルプ、訪問看護。
- ・ 地域処遇中の強制力の問題と裁判所の関与。
- ・ 全医療機関が指定通院先を受け入れるべきではないか。大阪では指定通院先を受けるところと拒否するところに分かれている。しかし、最低自分のところで発生した事例については責任をもつべきでないか。
- ・ 社会復帰調整官の関与の大切さ、大変さ(鑑定入院時から処遇終了まで)。
- ・ 医療観察法の医療内容が今の医療内容を見直すことに繋がる(退院促進事業で地域との他職種連携が図られているが)。

4. 鑑定入院について

- ・ 鑑定入院についても窓口はワーカー。(検察官より)当センターで受入れ可能かの調整を図る。
- ・ 当センターでは鑑定時から多職種チーム(MDT)を組む。共通評価項目の検討と鑑定書への反映、各職種での本人への面接と評価をしている。
- ・ 社会復帰調整官との連絡、生活環境調査の病院への反映と、病院側の医療情報の提供と共有。
- ・ 鑑定をしっかりとすること(司法鑑定を含めて)。
- ・ 確定判決後の医療観察法への移行について。確定判決後精神保健福祉法第25条通報で措置入院後医療観察法に上がってくる場合、2週間以内。2週間以内の精神保健福祉法の入院は代用監獄と考えられないか。身柄確保という観点から仕方がないのかもしれないが。
- ・ それともう1つ。確定判決の場合、もう一度裁判に戻すということができないこと。
- ・ 合併症の問題。

5. 特定入院について

当センターでは、鑑定入院後の特定入院だけ受けている。それは、医療観察法入院ベッド5床という地域住民との約束があり、鑑定入院後の場合、特定入院を受けないと患者さんが不利益を受けるから。入院処遇中の患者さんを退院前に受け入れることは、ベッド数オーバーとなり、約束違反になるから。

おわりに

より多くの対象者の社会復帰を目指していきたい。

実践報告－1「地域処遇対象者の支援の実際と課題」
②障害福祉サービス事業所の立場から

社会福祉法人もえの会 萌作業所
精神保健福祉士 荒川 浩平

萌作業所紹介

- 平成5年 守山地域家族会「やまびこ会」により、小規模作業所として「萌作業所」が設立
- 平成13年 第2作業所「作業所のどか」が開所
- 平成16年 社会福祉法人の認可を受け、小規模通所授産施設に移行
- 平成17年 「作業所のどか」公益法人認可
- 平成21年7月 指定相談支援事業所「そいゆ」開設
- 平成21年10月 障害福祉サービス事業所(就労継続支援B型)へ移行

萌作業所紹介

- 所在地 名古屋市守山区菱池町5-14
- 開所日 月・火・水・木・金曜日
- 開所時間 午前9:00～午後5:00
- 定員 20名

萌作業所 1月の予定

平成22年

日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日	日曜日
27	28	29	30	31	1	2	
	ミーティング 作業・通所	4			1	2	2
3	4	5	6	7	8	9	3
		← 忘れ物 →		作業 作業 作業	3	4	4
10	11	12	13	14	15	16	5
	休日	ミーティング 作業	作業	作業	16	17	6
17	18	19	20	21	22	23	7
	ミーティング 作業	作業	作業	作業	22	23	8
24	25	26	27	28	29	30	9
	ミーティング 作業	休日	作業	作業	29	30	9
31	1	2	3	4	5	6	10
	作業 ミーティング 自由活動	作業	作業	作業	5	6	10

※1月1日は祝日です。

◆8日は工費支給日です。印鑑忘れずに！

◆9日は作業日です。

※1月10日(月)は「お正月」のため作業所は休みです。

※2月は2月1日(月)から2月28日(日)までです。

※3月は3月1日(月)から3月31日(日)までです。

※4月は4月1日(月)から4月30日(日)までです。

※5月は5月1日(月)から5月31日(日)までです。

※6月は6月1日(月)から6月30日(日)までです。

※7月は7月1日(月)から7月31日(日)までです。

※8月は8月1日(月)から8月31日(日)までです。

※9月は9月1日(月)から9月30日(日)までです。

※10月は10月1日(月)から10月31日(日)までです。

※11月は11月1日(月)から11月30日(日)までです。

※12月は12月1日(月)から12月31日(日)までです。



対象者の利用経過

具合が悪くなると...

- 表情がだんだん硬くなる
- 話しかけても反応しない
- 緊張が強くなる
- 余裕が無くなる
- 対人関係に問題が出てくる
- 誇大妄想が出る
- 自分で調子の悪さに気づかない



本人の希望

- X年
当面は作業所に通所して、将来的には就職したい。趣味として中学生の時から続けるスポーツがしたい。
- X年+1年5か月
正規の社員になれるように仕事を経験して成長したい。

処遇の目標と内容

- 処遇の目標
施設での対人交流や作業などの活動を通して、生活、病状の安定を図る。就労の相談支援を行う。
- 処遇の内容と方法
 - ①生活のリズムを作るため、定期的な利用
 - ②人間関係や生活に対する不安などについての相談支援
 - ③就労準備として軽作業、外勤作業の提供
 - ④ケア会議に出席する

ケア会議の開催

- 2～6ヶ月に1回程度
- 参加機関・参加者
 - ①通院指定医療機関(医師、看護師、PSW等)
 - ②地域支援生活支援センター
 - ③保健所
 - ④精神保健福祉センター
 - ⑤保護観察所
 - ⑥萌作業所
 - ⑦対象者本人
 - ⑧対象者母親



体験通所開始

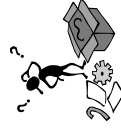
- 体験通所期間を過ごして
デイケアは物足りないので、作業所に通いたい。
- 萌作業所スタッフのアセスメント
半日だけの参加が多いが、特に問題なく過ごしている。作業は熱心に行っている。このまま慣れていけば、将来的には就労は可能だと考えられる。

本通所開始

(X年+1か月～2か月)

とまどいの時期

- 就労について悩む
 - ①就労支援を本当にしてみらえるのか。
 - ②障害をオープンにして働くのか、クローズにして働くのかどちらにすればいいか分からない。
- 萌作業所スタッフの対応
 - ①本通所を開始し、スタッフとの関係もまだ浅い。就労できるか不安に感じているので、就労したメンバーを例に挙げ、丁寧に説明をする。
 - ②オープンで仕事になれて自信をつけてから、クローズで別の会社で働く方法もあると伝える。



本通所開始

(X年+3か月～4か月)

とまどいの時期

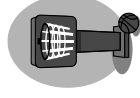
- 孤立感を感じる
本人からだと相談しづらいとのこと、病院のPSWから連絡が入る。萌作業所の中で孤立感を感じる。話し相手がいない。メンバーと打ち解けたい。
- 萌作業所スタッフの対応
孤立感があることに気づけなかったが、病院からの連絡で知ることができ、作業所内では特に孤立しているように見えず、他のメンバーともうまくやっているように感じられた。その場で気持ちを伝えることが苦手なため、週に1回面接を行っていくことを本人と話し合い決める。

本通所開始 (X年+5か月) とまどいの時期



- 就労かバスケットかで悩む
病院のPSWから連絡を受ける。主治医からバスケットをしてもいいと言われるが、就労かバスケットどちらから始めればいいのか分からなくなり悩んでいる。
- 萌 作業所スタッフの対応
バスケットの場合、一人で集団の中に溶け込んでいかなければならないので、現段階では難しいのではな
いかと考え、就労から考えることを提案する。病院
側も納得し、そのように支援をしていくことに決まる。

スポーツサークル (X年+6か月~7か月) とまどいの時期



- スポーツへの想い
就労から考えるとい話だったが、スポーツサークルに参加したいと相談に来る。
- スタッフの対応
作業所にも慣れ、様々なことに興味を持ち始め、表情もよくなってきた。スポーツに挑戦してみたいと考え、一緒にインターネットでサークルを探す。

スポーツサークル (X年+7か月) とまどいの時期



- スポーツサークルに挑戦
インターネットで見つけたスポーツサークルに参加。しかし、これ以降、サークルには参加していない。本人は就労して安定してから考えたいと話している。
- スタッフの対応
感じたことや体験したことなどの話を聞く。今後、参加してみても人間関係など悩みが出たら相談してほしいと伝える。

メンバーとの関係 (X年+8か月) とまどいの時期

- 何気ない一言
仲のいいメンバーの一人に、「酒を主治医に止められているのは(主治医に)嫌われているから」と冗談を言われ本気にしてしまう。イライラすると言いつつ、3日不安定になるが、なんとか乗り越える。
- スタッフの対応
本人の話を聞き、冗談だということを伝える。言ったメンバーにも否定してもらおう。それでも不安なら主治医に直接聞くことを提案する。

体験就労 (X年+6か月) 作業所外作業



- パソコンの打ち込み業務や野菜の詰め込み業務を体験する。始めはそのまま雇用してもいいという話が出ていたが、会社の事情で白紙になってしまう。
- 本人の感想
あつという間だったが、楽しくでき、疲れることもなかった。仕事への意欲が出てきた。自信がついてよかった。
- 作業能力アセスメント
言われた事をきちんと行っていたが、肘をついたり足を組んだりする場面が見られた。意欲や自信が出てきたので、体験就労をしてよかったと感じた。

就労前訓練 (X年+10か月～) 作業所内作業



- 作業所で請け負ったマンションの清掃業務に参加する。一ヶ月に3回2時間の仕事。
- 本人の感想
いい運動になった。今後も続けていきたい。
- 作業能力アセスメント
身体を使った仕事のほうが向いていると感じるが、細かいところには目が行き届かない。

就労前訓練 (X年+11か月～X年+12か月) 作業所内作業

- 内職先から請負ったネジ締め作業を行う。2ヶ月間の期間限定の仕事。1日2時間から4時間の作業。



- 本人の感想
①開始当初
なかなかスピードが速くならない。とても疲れる。2階で一人で行うので、孤独感がある。
- ②終了後
慣れてきたのでスピードは上がってきた。仕事をするのは充実感がある。
- 作業能力アセスメント
開始当初と比べると確実にスピードは速くなった。しかし、外で働くことを考えるとまだまだ物足りなさを感じる。

就労訓練 (X年+1年3か月) 作業所外作業



- 発泡スチロールのリサイクル工場で2日間の体験就労を行う。仕事の内容は発泡スチロールに貼ってあるシールをはがしきれいにするというもの。
- 本人の感想
仕事の内容は簡単だったが疲れた。
- 作業能力アセスメント
一生懸命取り組んでいる。単純な仕事ではあるが、何度か見落としてしまっている。

就労訓練

(X年+1年4か月～)

作業所外作業

- 発泡スチロールのリサイクル工場での雇用が決定するが、職場の事情で出来高程度でしか賃金を払えないと言われてしまう。1日2時間から3時間の作業。
- 本人の希望
- もう少しやりがいのあるハードな仕事がいいが、リハビリとして続けて、次のステップに進みたい。
- 前作業所スタッフの対応
面接を行い本人の希望を聞く。職場に雇用のお願いをしに行く。

就労訓練

(X年+1年5か月)

作業所外作業

- 発泡スチロールのリサイクル工場でパート社員に何度も注意されてしまう。原因は見過ぎなど。
- 本人の悩み
職場できつく言われイライラしてしまう。
- 前作業所スタッフの対応
面接を行い本人の話を聞く。職場に行き社長に現状を伝え、些細なことでも被害的になりやすい事などを話す。



就労訓練

(X年1年5か月)

作業所外作業

- 職場でパート社員に仕事のことできつく注意を受け、なかなか改善できない。イライラが抑えきれなくなり、怒鳴ってしまう。このまま就労訓練を継続することは困難になり、終了ということになる。
- 本人の感想
やりました。申し訳ない事をした。反省している。
- 前作業所スタッフの対応
①職場に行き事後フォローをする。
②本人の振り返りや事後フォローをする。

現況報告

(X年+1年5か月～現在)

- 医療観察制度の地域処遇の終了を検討し、申請をする方向に進む
- ①時々不安定になるもの自分で対処できている。
- ②服薬の必要性について理解できている。
- ③服薬の量について自分で意見を言えるようになってきている。
- ④関係機関のフォローの形ができている。
⇒処遇を終了しても安定した生活を送れるとケア会議で承認される

現況報告

- ハローワークに行き、求職の申込をする。ドラッグストアの商品出しや清掃業務。
- 本人の感想
仕事や対人関係は不安だが、頑張りたい。
- 前作業所スタッフの対応



- ①ハローワークに付き添う。
- ②職場の面接に付き添う。

まとめ

- ケア会議を行うことにより、関係機関と情報を共有することができ、現状を再確認することができた。
- 関係機関と協力して、問題を解決することができた。
- 多数の関係機関が関わることで、手厚いフォローができ、家族が安心することができた。
- 前作業所を利用する他のメンバーと変わるところはなかった。

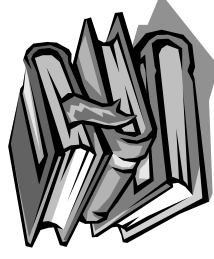
今後の課題

- 本人の課題
 - ①継続して安定した生活を送ること。
 - ②就労をして継続を目指すこと。
 - ③悩んだ時にすぐ相談できるようになること。
- 前作業所スタッフの課題
 - ①処遇が終了しても関係機関との連携を継続すること。
 - ②就労相談・支援を継続して行うこと。
 - ③生活相談・支援を継続して行うこと。

「道東地区におけるダブル・マネージャー
・システムによる実践」

～ 社会復帰調整官によるシステムマネジメント ～

地域支援モデル活動推進事業



1 地域支援モデル活動推進事業実施要領

更生保護法人日本更生保護協会

(1) 目的

本事業は、他人に害を及ぼす行為をした精神障害者が地域において自立的かつ円満な社会生活をおくることができるよう支援するモデル活動を推進するとともに、効果的な地域支援プログラムを確立することを目的とする。

(2) 助成

**他人に害を及ぼす行為をした精神障害者の社会復帰の支援に
関する新たなノウハウや仕組みを地域において確立するため、
関係機関・団体等が地域において相互に連携して行う活動対し
て助成する。**

(3) 実施期間

平成18年度～平成19年度とする。

(4) 全国地域支援モデル活動の地区

☆ 北海道札幌市における重大な他害行為を行った精神障害者の
家族支援プログラムの研究
(札幌地区地域支援モデル活動地区研究会)

☆ 精神障害者**住居支援**システム構築等に関する研究
(地域支援モデル活動**函館**地区研究会)

☆ 北海道東地区における**包括的地域支援プログラム**の研究
(**道東**地域支援モデル活動地区研究会)

☆ 精神障害者の社会復帰阻害要因の分析・調査と、その問題解決を目的とした甲展・麻呂寺の
支援を考える活動(宮城)地域支援モデル活動地区研究会)
☆ 精神障害者のニーズに基づいた社会復帰支援プログラムを策定し、実施、検証する活動
(鹿沼)地区地域支援モデル活動地区研究会)
☆ 東京における医療観察制度地域支援研究(東京)地域支援モデル活動地区研究会)
☆ 多機関・多職種連携の基に、包括的な地域支援を可能にするチームアプローチ活動を
構築し、巴滑な退院等に向けた社会復帰支援プログラムを策定する活動
(大阪府)地域支援モデル活動地区研究会)
☆ 高知市におけるインフォーマルな関係機関との連携による精神障害者の地域支援体制作りの
研究(高知)地域支援モデル活動地区研究会)
☆ 九州司法精神医学ソシヤルワーク研究
(九州)地域支援モデル活動地区研究会)～肥前病院と観察所の連絡会から発展～

2 道東地域の課題

- (1) **日本一広大な地域を担当**
道東地域は日本国土面積のおよそ1/13、四国と鹿児島県の面積に相当。
- (2) **社会資源の地域差**
社会資源の整備状況及び地域支援体制に地域差が激しい。
- (3) **医療観察法の最終目的は、社会復帰の促進**
本法の処遇終了後の一般精神保健福祉へのスムーズな移行をするための体制整備が必要である。




多機関・多職種による包括的な地域支援体制・地域支援プログラムを構築する必要がある。

3 道東地域支援モデル活動

- (1) モデル活動について

道東地域支援ネットワーク

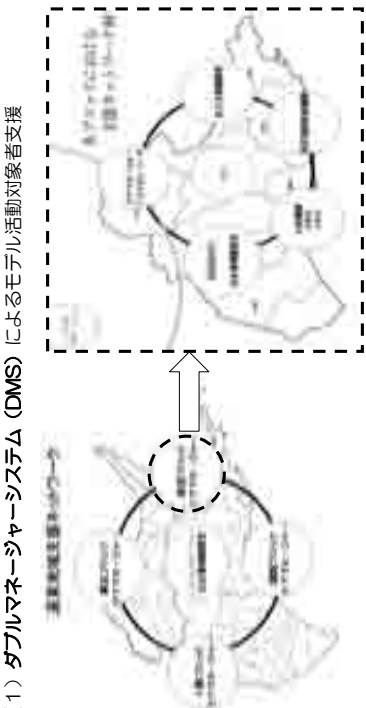


多機関・多職種による包括的な手厚い地域支援体制・地域支援プログラムを構築するための取り組み
- (2) モデル活動構成機関

ア 代表者
門 屋 充 郎
(十勝圏) 地域生活支援センター統括責任者)

イ 構成機関
(ア) 地域生活支援センター・ハート釧路
社会福祉法人北の大地
(ウ) 普更リハビリテーションセンター
(エ) 釧路圏(圏) 総合相談支援センター いんくる
(オ) 十勝圏(圏) 総合相談支援センター
(カ) 根室圏(圏) 総合相談支援センター あくせす根室
(キ) 網走圏(圏) 総合相談支援センター くらしネットオホーツク
(ク) 指定通院医療機関
(ケ) 定例・ケア会議開催地精神保健福祉機関
(コ) 釧路保護観察所

4 活動の特徴

- (1) ダブルマネージャースystem (DMS) によるモデル活動対象者支援
 
- (2) マネージャー会議
- (3) 社会復帰調整官・地域支援機関による内省プログラムの試行

5 モデル活動対象者の支援

- (1) モデル活動対象者について

緊急度 高い	ダブル・マネージャースystem (DMS) 対象者
緊急度 低い	クライシスイノベーション対象者 (病状悪化等の不安定要因による危機的介入)
緊急度 低い	ケアマネジメント対象者 (種数のニーズ・セルフマネジメントできない)
緊急度 低い	インターベンション対象者 (介入)
緊急度 低い	ケースワーク対象者

サービス調整の必要性
- (2) モデル活動対象者数
各ブロック (釧路・十勝・網走・根室) の候補者に本人の承諾を得てダブル・マネージャースystem (DMS) による支援を実施した。

6 医療観察法第1条目的に基づき役割分担

- (1) 適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、(地方裁判所)
- (2) 継続的かつ適切な医療 (指定医療機関)
- (3) 並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことにより、(保護観察所)
- (4) その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進する (地域処遇に携わる関係機関の支援の相互作用)



7 DMSによる役割分担 (例)

- (1) **医療 (医療観察法)**
指定通院医療機関
- (2) **経済的支援** (福祉手帳、障害年金、生活保護など)
市町村福祉課、生活保護課など
- (3) **居住サポート・相談援助**
住居サービス担当機関
- (4) **相談支援等 (ダブルマネージャーステム)**
自立支援サービス (ケアアセスメント・モニタリング等)
ケアマネジャー
医療観察法システムマネジメント・精神保健観察
社会復帰調整官
- (5) **日中活動**
障害者自立支援法に基づく日中活動支援機関
- (6) **緊急時の対応 (別途クライシスプラン表・緊急時連絡網作成)**
ハード救急
地域精神科救急システム (保健所、指定通院医療機関)
ソフト救急
ケアマネ所属機関、保護観察所、(グループホーム管理機関)

8 DMSにおける社会復帰調整官の役割

～ケアマネジャーがいてくれることにより～

- (1) **生活環境の調整 (医療観察法地域処遇システムマネージャ)**
退院において、ケアマネジャーと共に本人のニーズを大切にしながら、スムーズな生活環境 (住居、サービス等) の調整を図る。
- (2) **精神保健観察 (直接担当)**
※ 医療観察法第1条： 継続的に適切な医療等の確保のための観察及び指導を行うことから
ア 処遇実施計画の作成
イ 生活状況の把握
ウ 本人のニーズの把握とスモールステップの提供
エ 病状の把握
オ 治療モチベーションの向上支援
カ 同様の行為の防止支援
キ 携帯電話による緊急相談対応
- (3) **関係機関の連携の確保 (医療観察法地域処遇システムマネージャ)**
ケア会議の開催、地域支援機関の連携調整

9 DMSにおけるケアマネジャーの役割

(一般の精神障害者支援と同様)

- (1) **生活環境の調整 (退院促進事業と同様)**
退院にむけて、社会復帰調整官と共に本人のニーズを大切にしながら、スムーズな生活環境 (住居、支援等) の調整を図る。
- (2) **ケアマネジメントに基づく生活支援**
ア アセスメントの実施
本人の目標を把握する。
イ 支援計画の作成及び見直し
本人の目標に密着した支援を計画し調整する。
ウ 継続的に支援状況等のモニタリングを行い支援計画を見直す。
エ 生活状況の把握
本人のニーズの把握とスモールステップの提供
- (3) **ケア会議の開催**
本人の目標実現のプロセスに基づき、必要に依りケア会議を開催する。
- (4) **24時間体制の相談支援**
24時間体制で生活相談を行う。

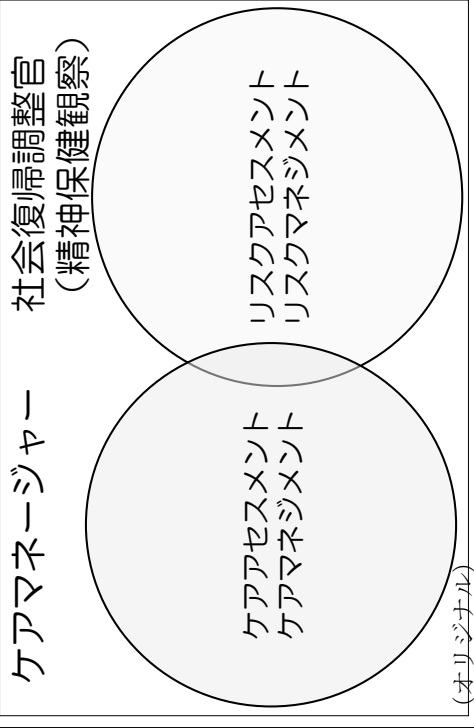
10 DMSによる対象者支援の効果

- (1) ニーズとケアの必要度の把握
- (2) 役割を分担した手厚い地域支援
- (3) 身近な地域における24時間の相談体制の確保
- (4) 治療モチベーションの向上及び同様の行為の防止
- (5) 保護観察所から遠距離の地域での支援
- (6) 一般精神保健福祉へのスムーズな移行

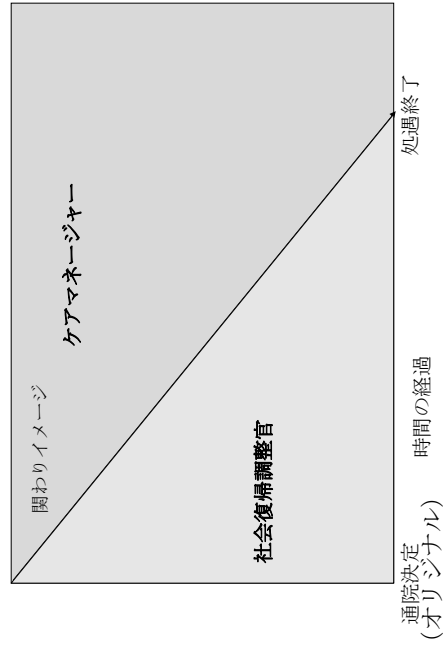


役割を分担した手厚い地域支援を行うことができる

DMSの役割イメージ1

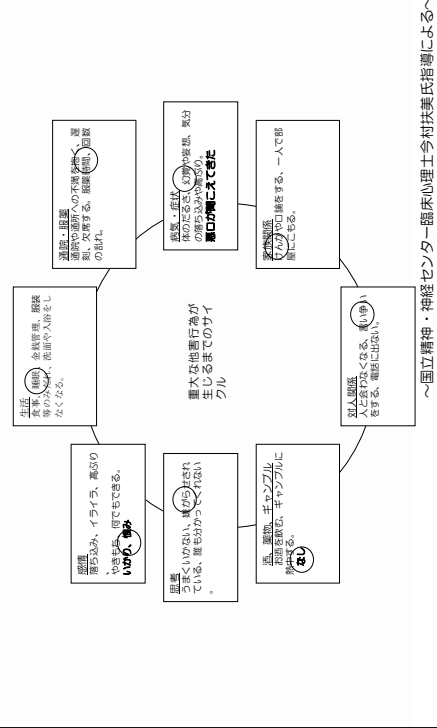


DMSの役割イメージ2



参考1：治療モチベーションの向上支援及び同様の行為の防止支援プログラム例

内省プログラム (重大な他害行為があった当時の状況)



参考2： 治療モチベーションの向上支援及び同様の行為の防止支援プログラム例

こんな時は、要注意！

本人用パンフ

- 1 寝不足を感じる
- 2 薬を飲み忘れがちとなる
- 3 悪口が聞こえてくる
- 4 他の人と言い争いになる
- 5 いやがらせをされている気がする
- 6 おこりっぽくなる



こんなときは、スタッフに相談してください。

参考3： DMSで活用した治療モチベーションの向上支援及び同様の行為の防止支援プログラム例

§1 なぜアルコールを止めなければいけないのか

1. なぜアルコールが問題なの？

あなたは、なんらかのたかたか他人を傷つけたり、他人の命を危険にさらすような行動をしたりして、いまここにいるわけです。

それも、「心神喪失」とか「心神耗弱」と判断された結果、「刑罰」ではなく「治療」を受ける必要があると判断され、いまこうしてこの状態になっているわけです。

いいかえれば、あなたは、精神障害の治療を受けて、このさき同じような暴力行為をくりかえさないように、できるかぎりの努力をすることが求められているわけです。

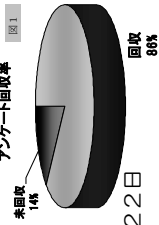
あるいは、少しでも「理性を失ってしまう」可能性のある行動を止めるように、治療にはげむことが求められています。

それが、あなたなりの「責任」とり方であるといってもよいでしょう。

～国立精神・神経センター臨床心理士今村扶美氏指導による～

11 平成18年度における重大な他害行為を行った精神障害者に対する支援経験及び受け入れ可否に関する実態調査

- (1) 調査目的
道東地域における重大な他害行為を行った精神障害者の支援経験及び受け入れ可否、指定通院医療機関と社会復帰調整官等の支援サポートがあった場合の受け入れ可否等に関する実態を把握する。
- (2) 調査対象地域 道東地域
- (3) 調査対象 指定通院医療機関・市町村・共同作業所・授産施設・地域生活支援センター・生活訓練施設（旧称使用）
- (4) 抽出方法 調査対象管内全機関92
- (5) 調査方法 郵送配布・郵送回収
- (6) 調査期間 平成19年1月1日～1月22日
- (7) 回収数・回収率 79（約86%）



(8) 指定通院医療機関アンケート調査結果

図2

医療機関が治療前2年間の重大な他害行為者の受け入れ 20% あり

ない 80%

図3

調査時点での重大な他害行為経験者の受け入れ(入所者・通所者) 40% あり

なし 60%

指定通院医療機関アンケート調査
配布数：7 回収：5
回収率：71%

モデル活動による支援

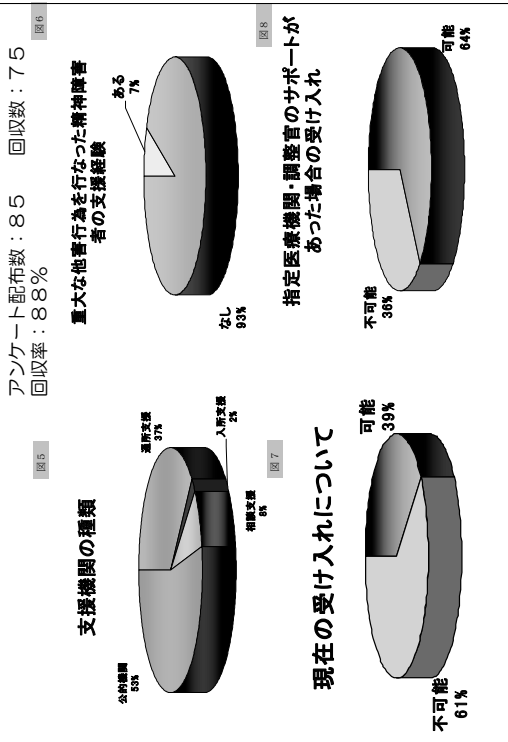
図4

可能 50%

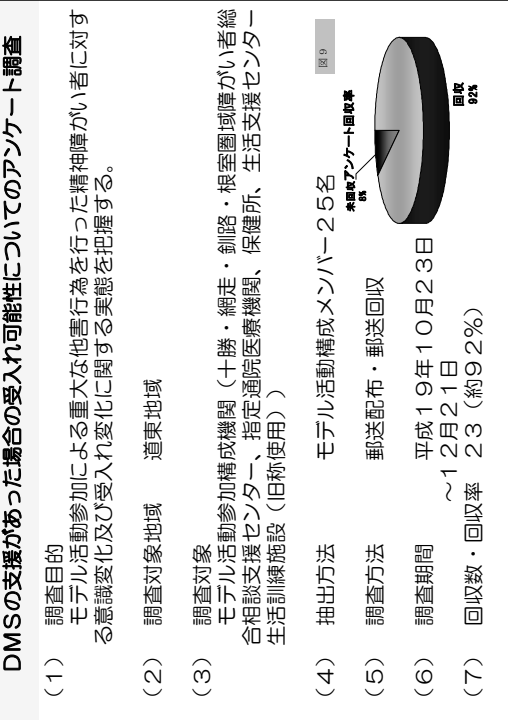
不可能 50%

※ 重大な他害行為とは、心神喪失等の状態で殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ（未遂含む）、傷害（軽微なもの除く）に当たる行為をいう。

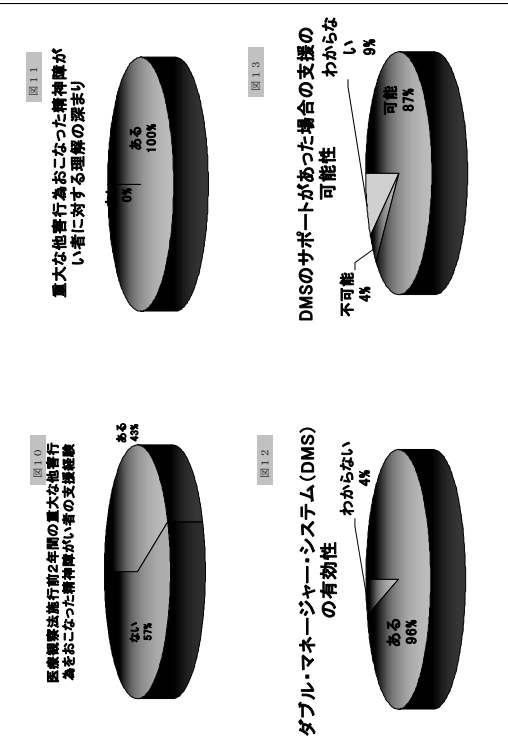
(9) 地域支援機関アンケート調査結果



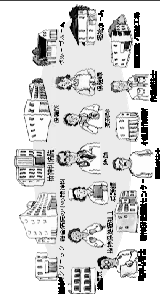
12 平成19年度におけるモデル活動に参加することによる意識変化及び



(8) アンケート調査結果グラフ



モデル活動後の実践場面におけるDMSの活用



1 医療観察法対象者の地域処遇におけるDMSの活用

平成22年2月現在

- (1) 活用地域
 - ア 道東地区（全対象者）
 - (ア) 生活環境調整対象者2名（指定入院医療機関入院中）
 - (イ) 精神保健観察対象者6名
 - イ 札幌地区
 - 数名の精神保健観察対象者及び生活環境調整対象者にDMSを実施しております。
 - ウ 旭川地区
 - 数名の精神保健観察対象者及び生活環境調整対象者にDMSを実施しております。
 - エ 函館地区
 - 生活環境調整対象者にDMSの方法を取り入れた支援をしております。

(2) DMSによる保護観察所主催受入れ会議イメージ

構成メンバー

- ・ 指定通院医療機関
- ・ 保健所
- ・ 市町村
- ・ ケアマネージャー（支援センター）
- ・ 保護観察所

- ・ 本人の基本情報について情報提供
- ・ ケアマネージャーの選定
- ・ 本人のニーズ報告
- ・ ケアアセスメント結果報告
- ・ 外泊計画
- ・ 退院後の支援について役割分担イメージの共有など

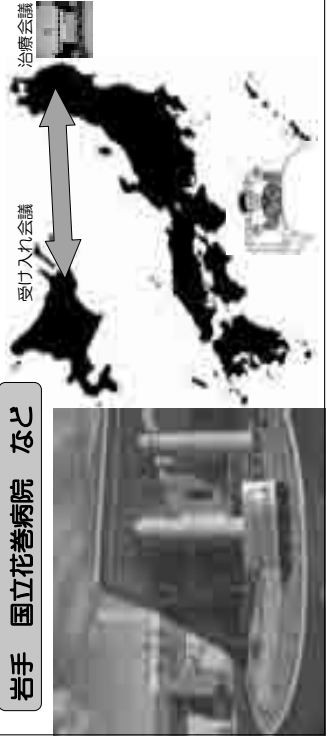


など

(3) DMSによる生活環境調整

ケアマネージャーは、外泊前に開催される治療評価会議に参加し、本人の状況について社会復帰調整官と共に把握します。
また、ケアマネージャーの本人面接では、ケアアセスメント、自立支援サービスの活用についてニーズ調査をします。

岩手 国立花巻病院 など



(4) DMSによる処遇の実施計画の作成の仕方

処遇実施計画書

(第1回 平成22年2月13日作成)

細路保健観察所長

次の表に對する処遇の実施計画を下記のとおり定める。

ふりがな	どうとう はなこ	男	生年	昭和〇〇年△△月□□日
氏名	道東花子	④	月日	
住所	釧路市幸町10丁目3番 電話番号 0154-23-3200			
保護者	知床美咲	(続柄 姉)	電話番号	0154-23-3201
緊急連絡先	麻周一郎		電話番号	0154-23-3202
通院医療開始日	(決定日) 平成22年2月13日			
(1) 処遇の目標				
指定通院医療機関による医療と地域における援助を継続して受けられるように支援を行う。本人にとって相談しやすい環境を整備する。				
(2) 本人の希望				
① 前向きにゆっくりと生活の安定を心がけたい。				
② 定期的な受診と服薬を遵守する。				
③ カウンセリング・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・				

(3) ケア会議等	
目 標	① 生活状況を見守り、継続的な医療の確保を支援する。 ② 精神保健観察部分は、保護観察所において、計画案を作成し、ケア会議の場において承認を得ることとしています。
内 容	① 適宜、関係機関からの報告（書面又は口頭による）を受け、報告に応じ、社会復帰・社会参加に影響を及ぼす要因等について評価を行う。
方 法	① 2回、本人の自宅に社会復帰調整官が訪問、もしくは本人に案内して実施する。 ② 3か月に1回月末のケア会議にて社会復帰調整官が接洽。
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。
担当者	社会復帰調整官
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。

(3) ケア会議等	
目 標	① 生活状況を見守り、継続的な医療の確保を支援する。 ② 精神保健観察部分は、保護観察所において、計画案を作成し、ケア会議の場において承認を得ることとしています。
内 容	① 適宜、関係機関からの報告（書面又は口頭による）を受け、報告に応じ、社会復帰・社会参加に影響を及ぼす要因等について評価を行う。
方 法	① 2回、本人の自宅に社会復帰調整官が訪問、もしくは本人に案内して実施する。 ② 3か月に1回月末のケア会議にて社会復帰調整官が接洽。
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。
担当者	社会復帰調整官
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。

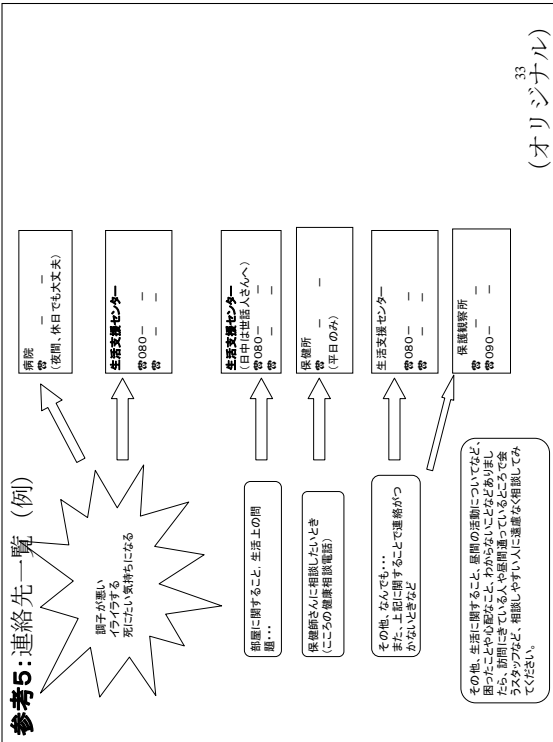
(3) ケア会議等	
目 標	① 生活状況を見守り、継続的な医療の確保を支援する。 ② 精神保健観察部分は、保護観察所において、計画案を作成し、ケア会議の場において承認を得ることとしています。
内 容	① 適宜、関係機関からの報告（書面又は口頭による）を受け、報告に応じ、社会復帰・社会参加に影響を及ぼす要因等について評価を行う。
方 法	① 2回、本人の自宅に社会復帰調整官が訪問、もしくは本人に案内して実施する。 ② 3か月に1回月末のケア会議にて社会復帰調整官が接洽。
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。
担当者	社会復帰調整官
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。

(3) ケア会議等	
目 標	① 生活状況を見守り、継続的な医療の確保を支援する。 ② 精神保健観察部分は、保護観察所において、計画案を作成し、ケア会議の場において承認を得ることとしています。
内 容	① 適宜、関係機関からの報告（書面又は口頭による）を受け、報告に応じ、社会復帰・社会参加に影響を及ぼす要因等について評価を行う。
方 法	① 2回、本人の自宅に社会復帰調整官が訪問、もしくは本人に案内して実施する。 ② 3か月に1回月末のケア会議にて社会復帰調整官が接洽。
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。
担当者	社会復帰調整官
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。

(3) ケア会議等	
目 標	① 生活状況を見守り、継続的な医療の確保を支援する。 ② 精神保健観察部分は、保護観察所において、計画案を作成し、ケア会議の場において承認を得ることとしています。
内 容	① 適宜、関係機関からの報告（書面又は口頭による）を受け、報告に応じ、社会復帰・社会参加に影響を及ぼす要因等について評価を行う。
方 法	① 2回、本人の自宅に社会復帰調整官が訪問、もしくは本人に案内して実施する。 ② 3か月に1回月末のケア会議にて社会復帰調整官が接洽。
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。
担当者	社会復帰調整官
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。

(3) ケア会議等	
目 標	① 生活状況を見守り、継続的な医療の確保を支援する。 ② 精神保健観察部分は、保護観察所において、計画案を作成し、ケア会議の場において承認を得ることとしています。
内 容	① 適宜、関係機関からの報告（書面又は口頭による）を受け、報告に応じ、社会復帰・社会参加に影響を及ぼす要因等について評価を行う。
方 法	① 2回、本人の自宅に社会復帰調整官が訪問、もしくは本人に案内して実施する。 ② 3か月に1回月末のケア会議にて社会復帰調整官が接洽。
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。
担当者	社会復帰調整官
留意事項	① 病状の悪化時には、携帯電話を活用して関係機関から連絡を受ける等迅速に対応する。 ② 生活上の環境変化及びストレスに対処ができるよう支援する。

参考5: 連絡先一覧 (例)



参考6: 月間予定表

月		火		水		木		金		土		日	
1日		2日		3日		4日		5日		6日		7日	
午前	ケアセンター	共同作業所				受診・デイケア ア・(心理教 育) 第1 第2 第3 第4 第5 第6 第7 第8 第9 第10 第11 第12 第13 第14 第15 第16 第17 第18 第19 第20 第21 第22 第23 第24 第25 第26 第27 第28 第29 第30 第31 第32 第33 第34 第35 第36 第37 第38 第39 第40 第41 第42 第43 第44 第45 第46 第47 第48 第49 第50 第51 第52							
午後													
午前	ケアセンター	共同作業所											
午後													
午前	ケアセンター	共同作業所											
午後													
午前	ケアセンター	共同作業所											
午後													
午前	ケアセンター	共同作業所											
午後													
午前	ケアセンター	共同作業所											
午後													

2か月分の予定表を本人・ケアマネージャー等と作成する。

備考 木曜日の病院での心理教育への参加は、病院のスタッフの人と他のプログラムも体験しながら考えていきましょう!

34

参考7:

心の整理シート

平成 年 月 日

1 大きなストレスを伴う困難に直面した時の心の整理をしましょう。

2 その大きなストレスを伴う困難をどのように乗り越えたいかを考えましょう。

3 今回の大きな困難をどのように乗り越えたいかを考えましょう。

1 大きなストレスを伴う困難 (出来事)

(1) 内容 (ストレスサード)

(2) 出来事が起こった理由

2 ストレスの程度など

3 自分の性格傾向と今回のストレスとの関係

(1) 自分の性格の特徴

(2) 自分の性格傾向からの今回のストレスに対する調整方法

(3) 今回のストレスに対する調整方法の達成状況

4 情報に対する自己整理

(1) 病名

(2) 病気の状態

(3) 病気の悪化のサイン

(4) 病状悪化時の対応

(5) 病状に対する今回のストレスの影響

5 今回のストレスから学んだこと

6 今回のストレス対応で成功したこと及び失敗したこと

7 将来の希望に対する自己整理状況

(1) 希望

(2) 理由

8 今後の目標 (手)に書く)

病気とストレスの関係についてふりかかシート

※個別面接で使用

35 (オリジナル)

2 道東地域で直面している運用上の課題①

- (1) 指定入院医療機関への距離
- (2) 人の不足
- (3) 充実した手厚い地域支援体制の確保
- (4) 地域支援体制に地域差及びガイドラインにズレ⇒次ページ
- (5) 地域において対応技術を蓄積する必要がある。
- (6) 医療観察法に基づく地域処遇終了後の対応が決まっていない。

(4) の障害者自立支援法施行による地域処遇ガイドラインと地域支援とのズレについて

- ・ グループホーム
障害者自立支援法施行以前は、人件費・修繕費等の補助金により運営されていたが、障害者自立支援法施行後は、本人と居住サービス事業者との利用契約に基づいて運営されることになったことから、当管内では、市町村がグループホームを斡旋することは難しい状況となっている。
- ・ 生活支援サービス
障害者自立支援法施行後は、本人と自立支援サービス事業者との契約行為に基づくものであることから、市町村が斡旋することは難しい状況となっている。



DMSの手法ならば、ケアマネージャーが本人の人權に配慮した契約行為の立場で本人と関わりを持ち、サービスの斡旋、その後のフォロー、処遇終了後の支援をスムーズに継続することができる。

2 道東地域で直面している運用上の課題②(DMSの課題)

(1) ケアマネージャーの選定の仕方について



- ア 対象者の障害特性に合ったケアマネージャーを選定することがよい!
- イ 全国共通方法としては、「指定相談支援事業者等相談支援専門員」
(精神、知的、身障、発達障害、高齢、就労・・・)
- ウ 24時間電話対応可能な機関・担当者(クライシス対応)

重要

(2) ダブルマネージャーシステムによる地域支援体制の確保について

ア ケアマネージャーの指定専門職化

本法対象者は、多機関・多職種による計画的・包括的な支援が必要であることから、本法の地域支援専門職としての位置づけが必要である。

2 道東地域で直面している運用上の課題②(DMSの課題)

イ サービス利用計画作成費の活用について

障害者自立支援法における「計画的プログラムに基づく継続的支援を要する者」に対する制度を本法対象者支援に積極的に活用させてほしい。

ウ 保護観察所職金の活用について

スムーズな地域移行を目的としてケアマネージャーの指定入院医療機関治療評価会議への参加及び対象者面接を実施している。
(遠方施設の場合など予算額に限りがある。)

エ ケアマネージャーの対象者訪問実について

予算だけがない。

オ 予算等が確保された場合の効果について

- (ア) 対象者はスムーズに地域移行ができ、安心して地域で暮らしていただける。
- (イ) ケアマネージャーを本法対象者の地域支援指定専門職とし、地域支援体制を充実させることができる。
- (ウ) 地域の支援技術を向上させることができる。

2 道東地域で直面している運用上の課題③

(1) 精神障害者地域移行支援特別対策事業との連携について

～平成20年5月30日厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部長通知より抜粋～

精神障害者地域移行支援特別対策事業実施要綱

1 目的

障害福祉計画に基づく受入条件が整えば退院可能な精神障害者(以下「退院可能精神障害者」という。)の減少目標値の着実な達成を目指し、病院・施設等と連携し、精神障害者の地域生活への移行に向けた支援を推進する。

4 事業内容等 (2) 地域体制整備コーディネーターの配置

都道府県は各圏域に1名以上の精神保健福祉士又はこれと同程度の知識を有する者うち精神障害者の地域生活への移行に必要な体制整備の総合調整の能力を有する者を地域体制整備コーディネーターとして相談支援事業者等に配置し、主に以下のような業務を行う。

5 留意事項 (2) 関係機関との連携

地域体制整備コーディネーターは、医療観察法に基づく指定入院医療機関に入院中の対象者について、社会復帰調整官が行う退院に向けた生活環境の調整に必要な協力を行うこと。

ダブルマネージャーシステムと共通する発想である。

2 道東地域で直面している運用上の課題③

(2) 医療観察法地域処遇体制強化事業との連携について

～平成21年1月7日厚生労働省社会・援護局 障害保健福祉部精神・障害保健課
医療観察法医療処遇推進室事務連絡より抜粋～

(1) 医療観察法地域処遇体制基盤構築事業

- 法対象者の障害福祉施設等における受入後の支援体制の確立
- ・地域処遇関係機関が行う家族や地域住民からの相談支援
 - ・地域処遇関係機関が行う訪問指導等の地域ケアの実施
 - ・処遇終了後の精神保健福祉サービス継続への調整・支援
 - ・コーディネート配置による相談支援等

ダブルマナー・ジャーナリスト
と共通する発想である。

(2) 障害福祉施設等入所時支援事業

法対象者の障害福祉施設等における受入支援

- ・当該家族及び入居法対象者の居宅への訪問による相談援助
- ・指定入院医療機関等との調整
- ・障害福祉施設等における受入れ計画の策定、人員確保
- ・既受入施設の視察等

北海道では、現在のところ、保健所・精神保健福祉センターの職員のケア会議への参加履歴等としての運用がされている。

ご静聴ありがとうございました。

2 道東管内で直面している運用上の課題③

(3) 北海道医療観察法地域処遇体制強化事業（札幌・函館・旭川・釧路） 保護観察所（案）

医療観察法生活費・調整会議
医療観察法ケア会議

- ・〇〇保護観察所
- ・指定通院医療機関
- ・〇〇保健所
- ・〇〇市町村
- ・自立支援コーディネーター
- ・地域生活支援センター
- ・当該対象者が利用する障害福祉サービス事業者等

（医療観察法に基づく北海道地域社会における処遇に関する運営要領第4～3ページ左側の構成図による）

北海道4保護観察所（案）として北海道に対して要望したが、実現にはいっていない。

相談支援専門員によるケアマネジメント
～医療観察・触法・退促・DMS・釧路モデル～

2010. 2. 13(土) 名古屋/2010.2.23(火)岡山

社会福祉法人 釧路連愛協会
地域生活支援センター・ハート釧路
佐々木 寛

1



2



3



4



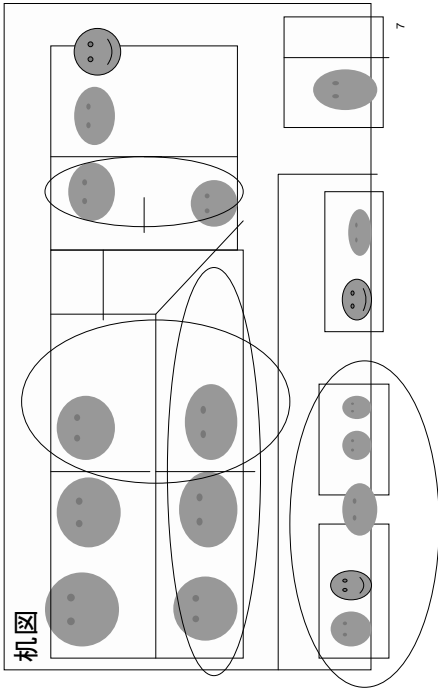
5

ハート釧路の経過

- 無認生活支援センター釧路市 H9
- 旧生活支援センター開設 H13
- 相談支援事業所(1市)・地域型・北海道精神障害者生活支援センター
- GH継承
- ケアマネ・居宅事業所H17
- 北海道広域相談センター(知的・地域づくりCO)H21
- ピアサポートセンターH22
- 町村相談事業サテライト(5町村)
- 標茶町・浜中町地活基礎型(4型・5型・共生型)
- 標茶町GH/CH
- 会社型GH・CH・下宿
- 根室市生活支援センターサテライト型H21
- ※ 精神保健福祉士・社会福祉士・ケアマネジャー・介護福祉士・保健師・保育士・ピアサポーター等35名

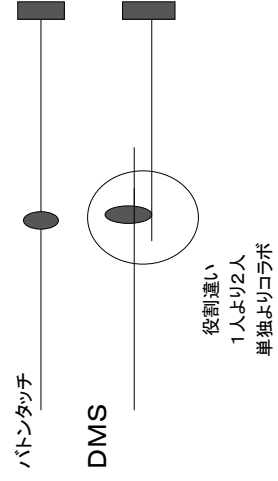
6

スタッフ



7

keyは重複



8

ケアマネージャー (法律の違い)

(相談を受けCTの希望やサービス等マネージメントし橋渡し役を担う役割)

介護保険のケアマネ

- 給付管理役
- 入院すると介入しない
- 日本型介護保険マネージャー
- バトントッチ方式

DMSのケアマネ (障害ケアマネ・・・ 精神保健福祉士等)

- 地域の調整役
- 各制度を含めて包括する
- 地域コーディネーター
- 重複方式

9

ロバート氏に対するダブル・マネージャー・システム による支援

- (1) 病名：統合失調症
- (2) 他害行為：放火殺人、放火
- (3) 経過：本人は、放火殺人で服役後、出所してすぐに異父兄弟から嫌がらせを受けたという被害妄想から自宅物置に放火して措置入院となり12年間指定通院医療機関に入院していた。
入院中から**モデル活動と退院促進事業（地域移行事業）**の両方で支援を行い、グループホーム見学・デイケア試験通所・試験外泊を実施した。
現在、本人は、病院を退院し、関係者の支援を利用しながら地域生活をしている。

10

退院促進でのmeeting



11

急ぐ	高い
インターベーション	クライシスインターベーション
対応	緊急 ケースマネージメント (複数のニーズ・セルフ マネージメントできな い)
ケースワーク	
急がない	低い

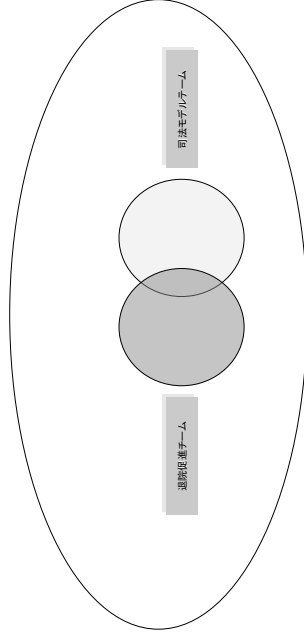
12

meeting 2



13

全体をマネージメント



14

モデル/生活支援会議・ケア会議

退院前は、病院を会場に毎月1回開催していたが、退院後は2か月に1回を基本とした。

※ 病状悪化および不安定要因・多職種チームの対応過去の経過及び内省プログラムから不眠や怠薬、放浪、被害的思考が、病状悪化のサインであることを多職種チームで共通認識をしてサポートをしている。

※ 内省支援等

本人は、過去に2回放火事件を引き起こしていることから社会復帰調整官の面接において内省に関するアプローチをしてほしいと病院の精神健福福祉から要望があったことから実施されている。グループセッション版の内省プログラムを個人面接型に変更して実施した。



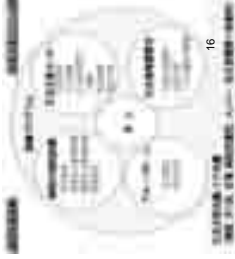
15

役割分担

- ア 地域生活支援センター ケアマネージャーとなり社会資源見学、外出訓練を実施した後、グループホームの幹旋や活動センターの利用、ピアサポーターの導入など、入院中から退院後においてもサービスマネジメントの役割を担っている。
- イ 病院スタッフ 服薬自己管理指導、金銭自己管理指導、調理指導、病院内宿泊訓練室における宿泊訓練を実施した後、退院後は、外来診察、デイケア通所、訪問看護を実施している。
- ウ グループホーム家主 外出訓練中にガス器具・家電製品などの生活実習やグループホームへの宿泊訓練の役割を担い、退院後も生活支援を行っている。
- エ 社会復帰調整官 システムマネージャーとしてケア会議の開催や訓練プログラムの調整など多職種チームの調整役を担い、個別面接による内省プログラムの実施し、退院後も個別面接を継続している。

図1.2

退院促進事業とのコラボレーション支

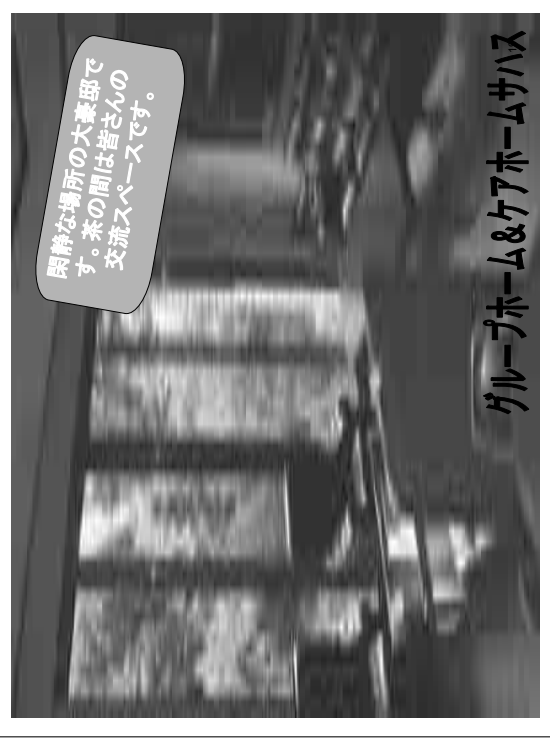


16

生活環境調整におけるケアマネジャーの具体的な関わり

- (1) 指定入院医療機関治療評価会議への参加
 - ア 治療方針・治療状況の把握
 - イ 地域移行を考慮に入れたケアアセスメント・ニーズの把握
- (2) 居住地生活環境調整会議への参加
 - ア 地域移行への調整
 - イ ケアアセスメント・ニーズの把握から資源活用について情報提供
- (3) 外泊への協力
 - ア 社会資源視察(ケアプラン構築へのプロセス)
- (4) ケアプランの作成
 - ア 本人のニーズに基づいたプラン作り

17



北海道単独事業

- 精神障害者短期外泊訓練
- ショートステイとの違い
- 地域ハウス(クライシスハウス)
- 地域マネージャー

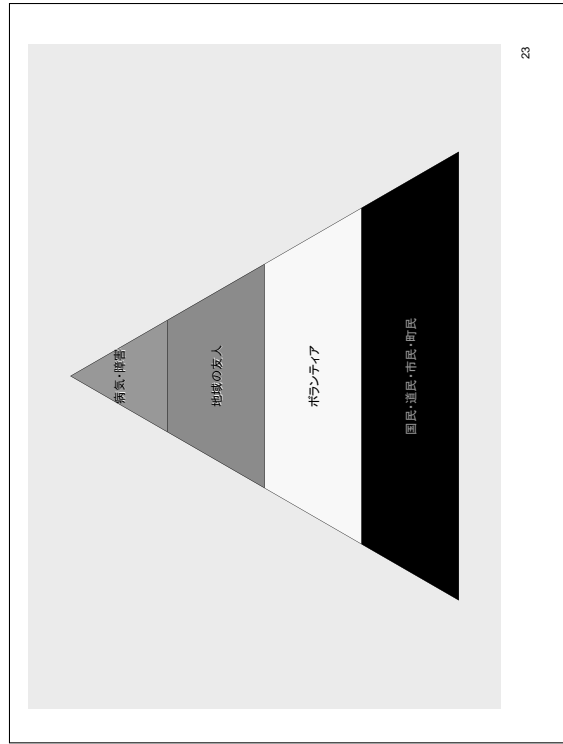
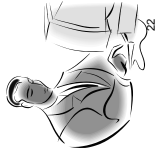


20



ご近所としての・・・ボランティアとして・・・

- 当事者クラブ
- アートクラブ
- 隣とのご挨拶
- コーヒー
- 住居内での支援
- 高齢者支援
- 高齢者ボランティア
- 「誰かの役にたきたい」



相談支援事業所



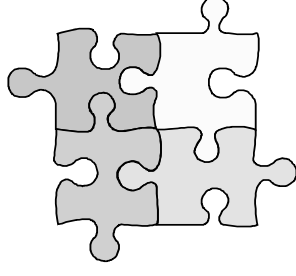
相談支援事業所でのDMS

- 支援や仕組みはモデルでの感じと同じ
- 最も違うのはマネージャーのDMの範囲
- 早期でのアセスメント・CTとの早期関係構築・関係者との関係構築等
- 医療機関への同行訪問アセス面接(花巻や久里浜)
- 受け入れ態勢の準備等

25

生活needs

- 意(自己決定)
 - 医(良質な医療)
 - 職(自分なりの就労)
 - 食(確保・改善)
 - 友(当事者活動含め)
 - 遊(余暇)
 - 住(生活拠点)
 - 話(語る)
- などなど多様が重要



26

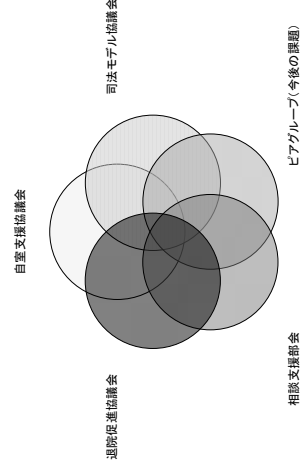
3. 医療観察法と地域移行 ダブル事業



- 圏域精神障害者地域生活支援センター(地域移行・退院促進) 2
1圏域
- 相談支援事業所(市町村委託事業所)
- 地域活動支援センター・市町村委託事業所(共生型事業含む)
- 圏域総合相談支援センター(地域移行・知的)

27

DM



28

DM

- 地域に視点
- 地域生活診断
- 画輪的・・・3輪的・・・
- 24時間・・・365日
- 認定精神保健福祉士・精神保健福祉士・
相談支援専門員・・・

29

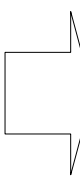
課題

書ききれない・・・。

30

最後に!!!

- ネットワーク
- 地域情報
- 依頼・育成・
- 実践



どれだけ出会いを重ねるか

31

ご静聴ありがとうございました。

32

「社会復帰調整官による支援の現状と課題」

法務省保護局精神保健観察企画官室
生活環境調整係長 武野興司



問題点の指摘

- 措置入院・解除の判断が都道府県知事（指定医）に委ねられており責任が重い
→司法の関与
- 一般の精神障害者と同様の施設・スタッフの下で処遇するため、専門的治療が困難
→指定医療機関における専門的医療
- 退院後の通院・服薬等継続的かつ適切な医療を確保するための実効ある仕組みがない
→医療を受ける義務（43条）
→精神保健観察（106条）

保護観察所が関与する理由

- 国が統一的に実施
- 各県に一箇所は設置されている
- 都道府県の枠を超えて対応が可能
- 関係機関と連携して社会内処遇を行ってきた実績
→保護観察所に社会復帰調整官を置くことに



社会復帰調整官とは

資格要件（施行令5条）

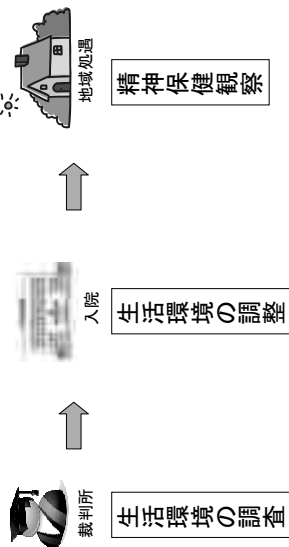
精神保健福祉士のほか、保健師、看護師、作業療法士、社会福祉士、その他（臨床心理士）（+経験）

全国の保護観察所に98人を配置

→H17年度～H20年度 7人ずつ増員（H21年度は14人増員）

精神保健福祉士の有資格者がほとんど

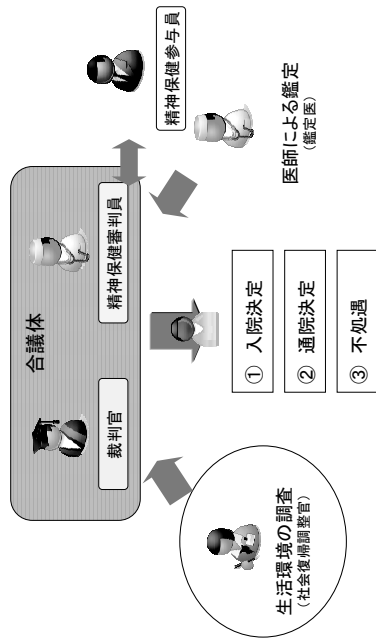
社会復帰調整官の職務



関係機関との連携

生活環境の調査

生活環境の調査



地方裁判所による決定の状況



検察官による申立て

1,330件



裁判所による決定

- | | |
|---------|------------|
| ① 入院決定 | 746件 (60%) |
| ② 通院決定 | 234件 (19%) |
| ③ 不処遇決定 | 218件 (18%) |
| ④ 却下決定 | 43件 (3%) |

(平成20年12月末現在)

生活環境の調査(根拠規定)

法42条

裁判所は、処遇の要否及び内容を決定するに当たり、鑑定を基礎とし、かつ、鑑定医の意見及び対象者の生活環境を考慮しなければならない。

法38条

裁判所は、保護観察所の長に対し、対象者の生活環境の調査を行い、その結果を報告することを求めることができる。

調査すべき事項(生活環境の調査)①



どこで、誰と暮らすか？

- ・どこで、誰と、いつから住んでいたか？
- ・今後は、どうなるのか？
住居の確保、家族の同居意思など

生計をどうするか？

- ・過去の職歴と今後の就労の見込み
- ・家族の援助
- ・健康保険、年金、借金の有無など



調査すべき事項(生活環境の調査)②



頼れる家族・親族はいるか？

- ・家族構成
- ・本件に対する受け止め方
- ・相互の感情

社会はどうか受け止めているか？

- ・地域環境、近隣住民の感情
- ・被害者の状況

調査すべき事項(生活環境の調査)③



過去の生活や病状はどうだったか？

- ・本件に至る経緯
- ・生活歴
- ・病歴、治療状況



指定通院医療機関をどこにするか？

- ・想定される医療機関
- ・居住地からの距離、交通手段など



保健・福祉のどんな援助が受けられるか？

- ・過去の利用状況
- ・今後利用可能なサービス

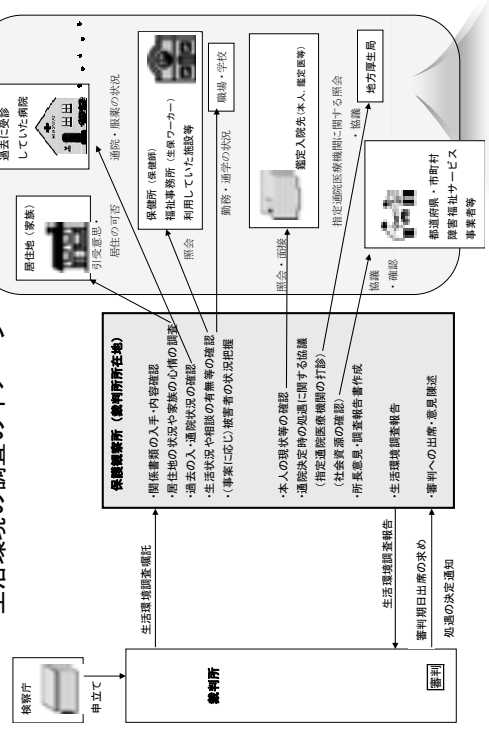
調査事項と保護観察所長の意見

住居・生計の状況
 家族の状況, 引受けや協力に対する意思
 近隣の状況
 過去の生活, 治療の状況
 想定される指定通院医療機関
 利用可能な精神保健福祉サービス
 その他裁判所から特に指示された事項 等



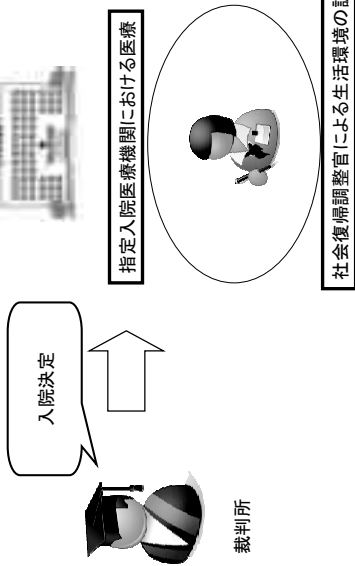
所長意見
 生活環境に照らし医療の継続が確保されるか
 同様の行為を行うことなく社会復帰できる状況か

生活環境の調査のイメージ

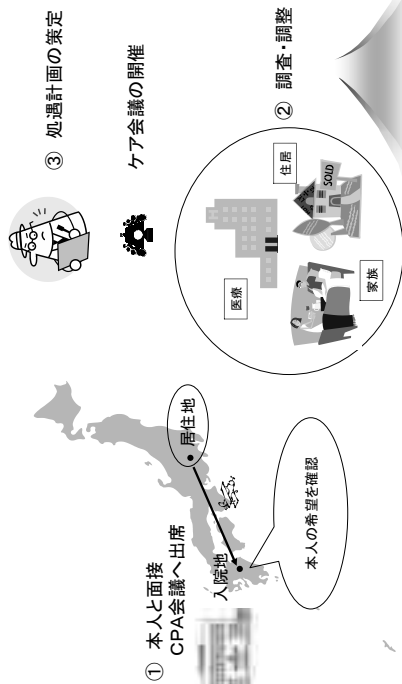


生活環境の調整

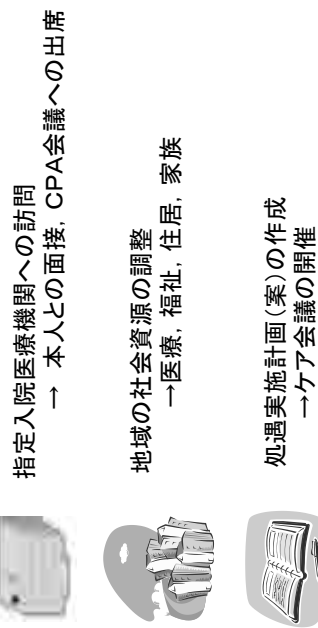
退院のための生活環境の調整



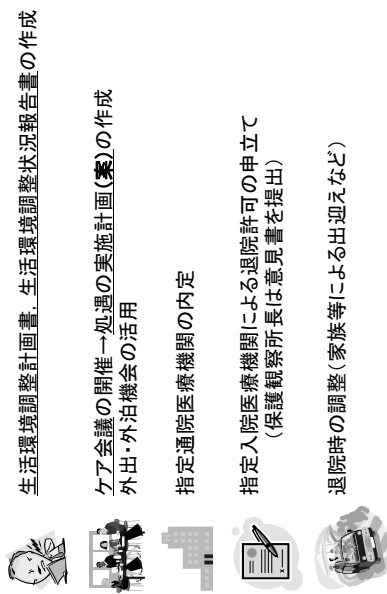
社会復帰調整官による生活環境調整



生活環境調整の実際



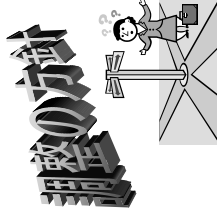
調整開始から退院までの流れ



生活環境調整計画書の内容



退院後の生活に関する本人の希望



退院後の住居
退院後の生計の確保
保護者その他家族との関係
退院後に必要となる医療の内容
退院後に必要となる援助の内容

退院後の住居等の確保

入院前の居住地を中心とした調整が原則

居住予定地の確保が困難な対象者

家族の協力が得られない対象者(家族が被害者等)
放火により自宅を消失した対象者
入院前に住居不特定であった対象者 など

退院に向けた準備

指定入院医療機関からの外出・外泊機会の活用
居住予定地におけるケア会議への出席
自宅、社会福祉施設等への試験的外泊
アバート物件探し

帰住地調整を困難にする理由①

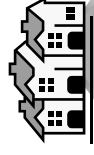
- 家族が被害者であることが多い。
- 社会福祉施設の入れれが消極的。
 - ・ 「医療観察対象者は怖い」という先入観
 - ・ 犯罪性（粗暴性、性的逸脱傾向）

重複障害

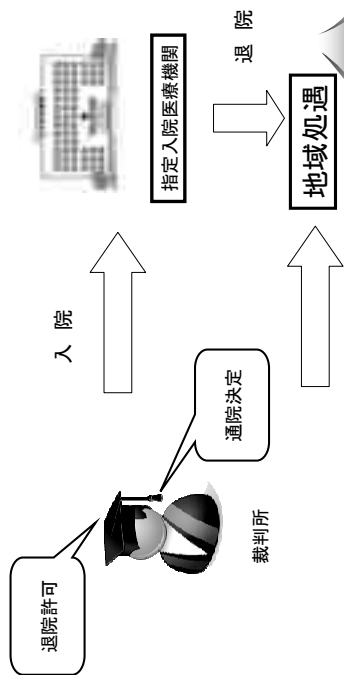
通院処遇対象者の24%が重複障害
そのうち
知的障害 48%
人格行動障害 16%
精神作用物質性障害 16%
(厚生労働科学研究の結果から)

帰住地調整を困難にする理由②

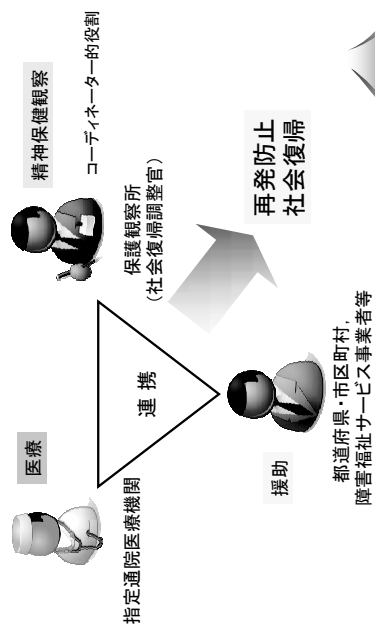
- 賃貸住宅入居の際、保証人の確保が困難。
 - ・ 家族が被害者の場合、特に協力を得ることが困難。
 - ・ そもそも単身生活が困難。



地域処遇に到るまでの流れ

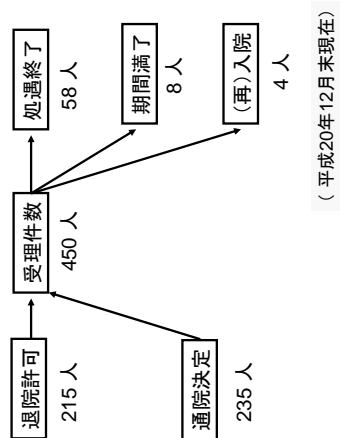


地域処遇の担い手

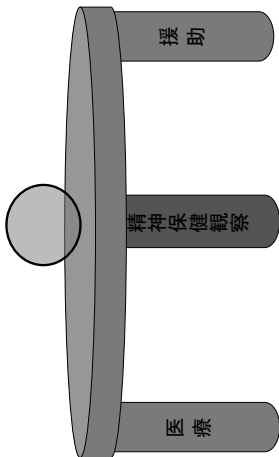


地域社会における処遇

精神保健観察の運用状況

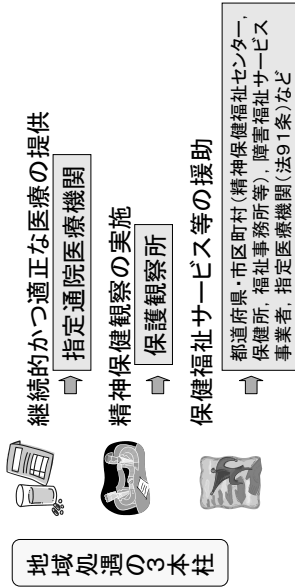


地域処遇のイメージ



地域社会における継続的な医療の確保

地域処遇の基本方針



関係機関の連携協力

ケア会議の開催

処遇実施計画の作成

処遇実施計画書の作成

関係機関との協議に基づき、作成される。

- (内容)
- ・ 医療
 - ・ 精神保健観察
 - ・ 援助等
 - ・ ケア会議の予定
 - ・ 病状急変時等緊急時の対応
 - ・ その他処遇に当たった際の留意事項

対象者に懇切・丁寧に説明し、同意を得るよう努める。

処遇の実施計画

(第〇回 〇〇年〇〇月〇〇日作成)

〇〇保護観察所長 〇〇〇〇 印

個人情報が記載されています。取扱いについて注意して下さい。

次の者に対する処遇の実施計画を下記のとおり定める。

(1)処遇の目的

(2)本人の希望

(3)ケア会議等

氏名	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	性別	男	生年	昭和〇〇年〇〇月〇〇日生
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1-2-3	電話番号	〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
保護者	〇×△夫 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇4-5-6	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先	(続柄) 〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
通院医療機関(休日・夜間の対応)	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
通院後のストレスに適切に対応しながら、地域生活に早く慣れ、医療を継続して得られるように指導する。					
本人の希望	本人の希望				
ケア会議等	ケア会議等				

開催回数 1回開催

開催場所 〇〇保健所 〇〇地域生活支援センター 〇〇病

検討事項

留意事項

連携方法

④ 処遇の内容・方法		⑤ 緊急時の対応	
<p>① 通院医療</p> <p>② 精神保健観察</p>	<p>① 通院医療</p> <p>② 精神保健観察</p>	<p>① 通院医療</p> <p>② 精神保健観察</p>	<p>① 通院医療</p> <p>② 精神保健観察</p>
<p>③ 在宅医療</p> <p>④ 地域生活支援センター</p> <p>⑤ 作業所</p> <p>⑥ 精神保健福祉センター</p>	<p>③ 在宅医療</p> <p>④ 地域生活支援センター</p> <p>⑤ 作業所</p> <p>⑥ 精神保健福祉センター</p>	<p>③ 在宅医療</p> <p>④ 地域生活支援センター</p> <p>⑤ 作業所</p> <p>⑥ 精神保健福祉センター</p>	<p>③ 在宅医療</p> <p>④ 地域生活支援センター</p> <p>⑤ 作業所</p> <p>⑥ 精神保健福祉センター</p>

目標	機関名	担当者	内容	方法	回数	備考
<p>通院・地域管理・食事・睡眠・清潔の保持など生活の基礎作りを支援する。</p> <p>①食事や買い物、洗濯や入浴等具体的な生活場面における生活技能について、本人のニーズに合わせて技能習得を援助する。②周囲に知り、友人もいないので、社会的な活動への参加を促し、友人や支援者等との出会い、関係築きを援助する。③保護者同席の訪問において保護者と本人の関わり方について助言、関係築きを援助する。</p>	<p>〇〇病院</p> <p>〇〇保健所</p> <p>〇〇ホームヘルプサービス</p> <p>〇〇地域生活支援センター</p> <p>〇〇作業所</p> <p>〇〇精神保健福祉センター</p>	<p>◇PSW</p> <p>〇保健師</p> <p>〇係長</p> <p>〇PSW</p> <p>〇OT</p> <p>△PSW</p>	<p>日常生活相談</p> <p>内容的に状況把握、精神保健福祉サービスに関する相談等</p> <p>日常生活に関する援助</p> <p>日常生活に関する相談</p> <p>適切な生活支援や補助のお方</p> <p>適切な生活支援や補助のお方</p>	<p>訪問指導等</p> <p>窓口で随時受付</p> <p>トコブイン、本人からの相談に対応</p> <p>職業訓練プログラムに参加</p> <p>計画的訪問に参加し、助言等を行う。</p>	<p>週1</p> <p>週1</p> <p>随時</p> <p>随時</p> <p>週3</p> <p>随時</p>	<p>訪問指導等と同様、相談に対応。</p> <p>随時</p> <p>随時</p> <p>随時</p> <p>随時</p> <p>随時</p>
留意事項	<p>①欠席の場合、本人に、事前担当機関と連絡させること、連絡を要した機関に〇〇は連絡・相談すること。②××作業所の利用開始前、既に利用しているメンバーの家を一層に訪問するよう配慮する。</p>					

ケア会議の開催

情報の共有、処遇方針の統一を図る。

開催方法

- 保護観察所が定期的又は必要に応じて開催
- 入院中は退院の目標が立った段階から
- 退院直後は毎月1回程度

参加者

- 地域処遇に携わる関係機関が出席
- 入院・通院医療機関、県精神保健センター、保健所、市町村、福祉事務所、障害福祉サービス事業者、社会復帰調整官など(対象者・保護者も参加可)

協議内容

処遇の実施計画の作成・見直し
対象者の生活状況やニーズの把握、処遇実施状況の評価
各種申立ての検討 など

〇私は、上記の処遇の実施計画について説明を受けました。

平成 年 月 日 氏 名 〇 〇 〇 〇

ケア会議の開催

情報の共有、処遇方針の統一を図る。

開催方法

- 保護観察所が定期的又は必要に応じて開催
- 入院中は退院の目標が立った段階から
- 退院直後は毎月1回程度

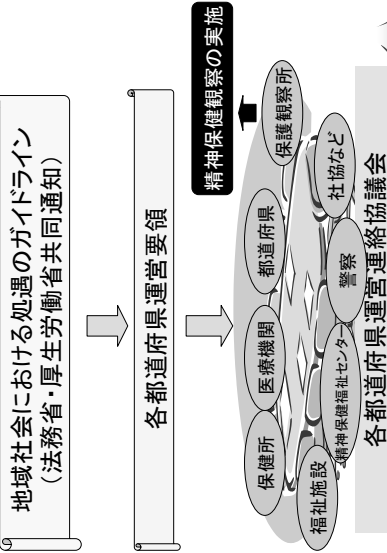
参加者

- 地域処遇に携わる関係機関が出席
- 入院・通院医療機関、県精神保健センター、保健所、市町村、福祉事務所、障害福祉サービス事業者、社会復帰調整官など(対象者・保護者も参加可)

協議内容

処遇の実施計画の作成・見直し
対象者の生活状況やニーズの把握、処遇実施状況の評価
各種申立ての検討 など

地域処遇の枠組み



精神保健観察の実施

精神保健観察(106条・107条)

- ・対象者との適当な接触の保持、関係機関からの報告の求め
- 必要な医療を受けているか否か、その生活状況の見守り
- ・継続的な医療を受けさせるために必要な指導、その他の措置

対象者の守るべき事項

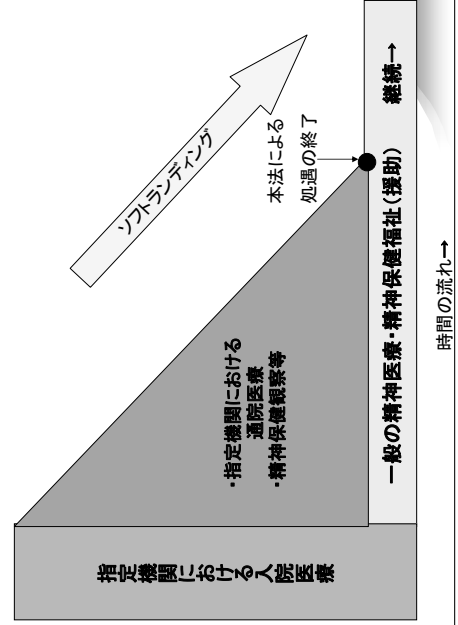
- ①一定の住居に居住
- ②転居及び2週間以上の旅行は事前届出
- ③保護観察所長から出頭又は面接を求められたときは応じること

関係機関相互間の連携の確保(108条)

精神保健福祉法との関係

- ◆ 地域処遇は、精神保健福祉法に基づく精神保健福祉サービスを基盤として実施
- ◆ 通院対象者は精神保健福祉法に基づく入院が可能(115条)
 - 病状に応じて適切に行われるよう配慮
- ◆ 本制度による処遇終了時、一般の精神医療及び精神保健福祉サービス等が必要に応じ確保されるよう十分に配慮

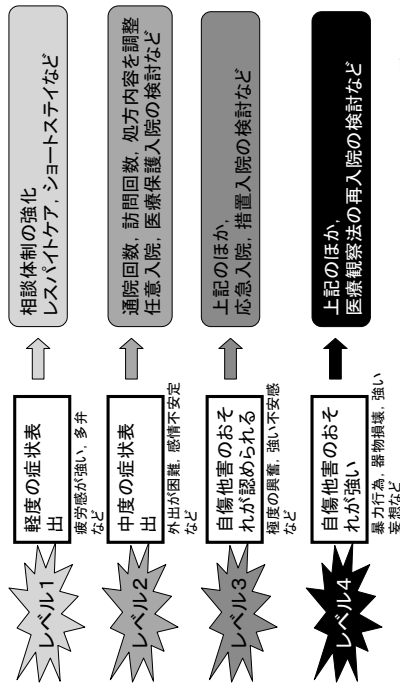
医療観察法と精神保健福祉法の関係



緊急時等の対応

- ◆ 病状悪化等における対応
 - 緊急連絡体制
 - 相談窓口の設定
 - 精神保健福祉法に基づく入院の確保
 - (緊急)ケア会議の開催
 - (再)入院申立ての検討

クライシスプラン

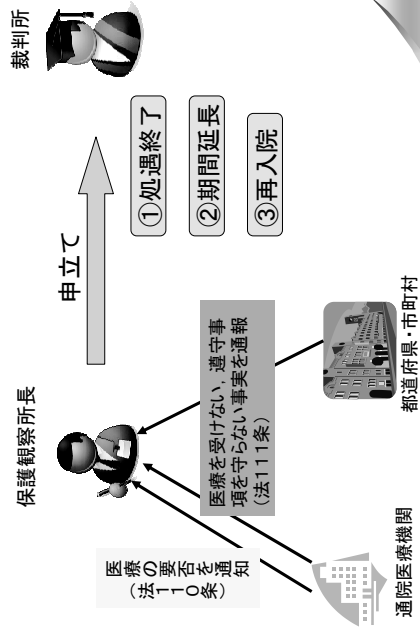


保護観察所における緊急対応(例)

- 飲酒による暴言、幻覚妄想の出現
- 社会福祉施設入所中の無断外泊
- 自殺企図

社会復帰調整官による迅速な対応、医療受診の促し

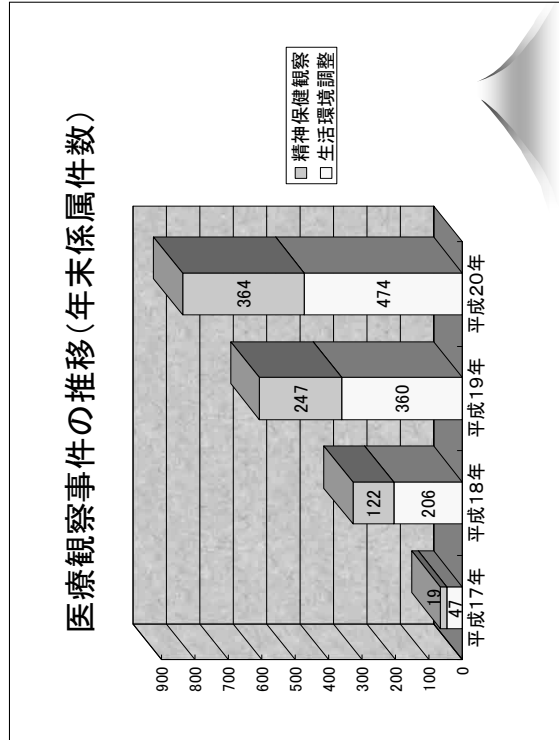
保護観察所長による申立て





今後の課題

- ## 社会復帰調整官から見た医療観察の現状
- 1 事件数の急増と体制整備の遅れ
 - 2 関係機関・地域社会の理解・協力の不足



体制整備の遅れ①

1 社会復帰調整官の人員



16年度	56人(7人増)
17年度	63人(7人増)
18年度	70人(7人増)
19年度	77人(7人増)
20年度	84人(7人増)
21年度	98人(14人増)

1人庁が25庁

体制整備の遅れ②

2 指定入院医療機関

- 入院先と居住予定地が遠隔となりがち
→ 生活環境の調整に要する時間と労力が大きい

3 指定通院医療機関

- 適切な地域処遇がコーディネートしにくい

関係機関等の理解・協力の不足

- 1 地方自治体の理解・協力
 - 市町村によっては協力が難しい
- 2 社会福祉施設の理解・協力
 - 「医療観察対象者は怖い」という先入観
 - 重複障害(知的障害、物質関連障害、人格障害等)に難色

円滑な地域移行が整備しにくい

今後の課題①

社会復帰調整官の増員



保護観察所内の協力体制



アドバイザー・スタッフ等の活用



関係機関・地域社会への啓発活動



今後の課題②



福祉施設のインセンティブを高める措置

→障害福祉サービス報酬改定(H21.4.1～)



関係機関の連携強化

→TV会議システムの導入
→医療観察法地域処遇体制強化事業
(都道府県を実施主体とする3か年事業)

御清聴ありがとうございました

地域処遇対象者の 支援の実際と課題

～指定通院医療機関の精神保健福祉士の立場から～

谷本章広



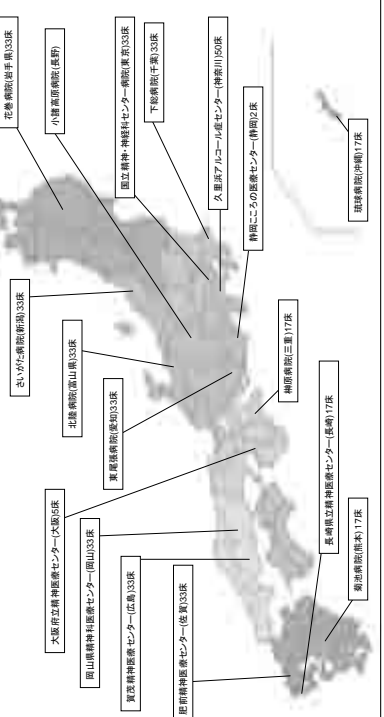
●職員数(平成22年1月末)

- 医師 21名(非常勤10名)
- 看護師 164名(非常勤14名)
- 精神保健福祉士 13名(非常勤6名)
- 作業療法士 14名(非常勤2名)
- 臨床心理技術者 12名(非常勤5名)



現在整備されている指定入院医療機関

厚生労働省の目標としているベッド数には未だ足りておらず、深刻な病床不足が続いている。そのための苦肉の策として特定病床が発生した。



現在整備されている指定入院医療機関

厚生労働省の目標としているベッド数には未だ足りておらず、深刻な病床不足が懸念している。そのための差向の策として特定病床が発生した。

- 花巻病院(岩手県)33床
- さいがた病院(新潟)33床
- 下総病院(千葉)33床
- 国立精神・神経科センター病院(東京)33床
- 久里浜アルコール症センター(神奈川)50床
- 北陸病院(富山県)33床
- 静岡こころの医療センター(静岡)2床
- 小諸高原病院(長野)15床
- 東尾張病院(愛知)33床
- 柗原病院(三重)17床
- 大阪府立精神医療センター(大阪)5床
- 岡山県精神科医療センター(岡山)33床
- 賀茂精神医療センター(広島)33床
- 肥前精神医療センター(佐賀)33床
- 長崎県立精神医療センター(長崎)17床
- 菊池病院(熊本)17床
- 琉球病院(沖縄)17床

計17ヶ所 392床

建設準備中の指定入院医療機関

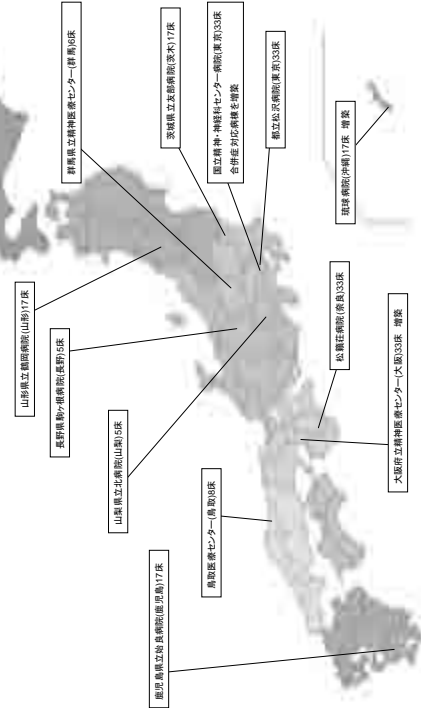
自治体立の病院が準備を進めているが、地方によって病床数にむらがあり、とくに近畿地区のベッド数確保が急がれる。国立系に比べて小規模病床が多い。

- 山形県立鶴岡病院(山形)17床
- 群馬県立精神医療センター(群馬)6床
- 茨城県立友部病院(茨木)17床
- 国立精神・神経科センター病院(東京)33床
合併症対応病棟を増築
- 都立松沢病院(東京)33床
- 長野県駒ヶ根病院(長野)5床
- 山梨県立北病院(山梨)5床
- 大阪府立精神医療センター(大阪)33床 増築
- 松籟荘病院(奈良)33床
- 鳥取医療センター(鳥取)8床
- 鹿児島県立始良病院(鹿児島)17床
- 琉球病院(沖縄)17床 増築

計12ヶ所 224床

建設準備中の指定入院医療機関

自治体立の病院が準備を進めているが、地方によって病床数にむらがあり、とくに近畿地区のベッド数確保が急がれる。国立系に比べて小規模病床が多い。



当初審判における全国状況

(平成17年7月～平成21年9月)

北海道地区	74
東北地区	102
関東地区	592
中部地区	133
近畿地区	220
中国地区	100
四国	56
九州地区	200
総数	1477

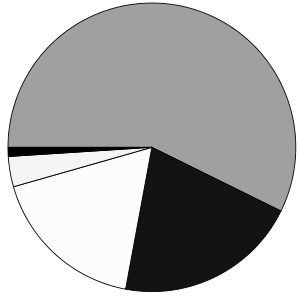
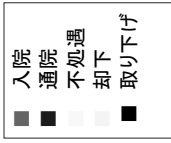
当初審判における全国状況

(平成17年7月～平成21年9月)

入院決定	896
通院決定	272
不処遇	251
却下	46
申し立て取り下げ	12
総数	1477

全国

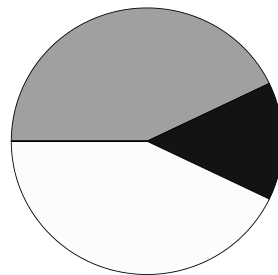
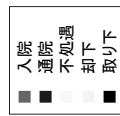
当初審判結果



全国的には入院決定が多く、通院と不処遇はほぼ同じ。
その結果として慢性的な入院病床の不足となっている。

中核都市で入院か不処遇

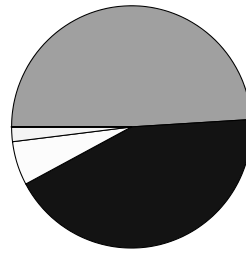
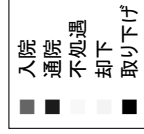
当初審判結果



ある県では入院決定とほぼ同じ割合で不処遇決定が出ており、従来の精神保健福祉法下でかかえるケースが多い。

中核都市で入院か通院処遇

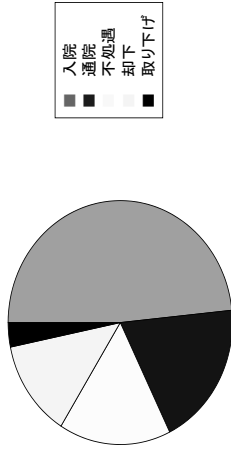
当初審判結果



ある県では通院決定が出ることが多いものの、決定後に一旦一般精神保健福祉法での任意入院を経由することが多い。

付添い人活動が活発

当初審判結果



ある県では当初審判付添い人の活発な活動が審判結果に影響し、通院・不処遇・却下がそれぞれほぼ同じ割合となっている。

医療観察法入院棟の基本構造

患者32人の場合	医療観察法	精神科救急
医師	4	2
看護師	43	16
コメディカル	7	2
個室率	100%	50%以上
その他	OT室 集団療法室など	なし

- 病床数：33+3床（暫定ベッド）
- 医師4 コメディカル7 看護師43 事務1.5
- 病状毎にユニットで区分
 - 急性期
 - 回復期
 - 社会復帰期
 - 共用（女性患者に配慮）
- 全室個室
 - 10㎡以上（トイレ等を除く）
- 一般精神科医療で最も人的に潤沢な精神科救急入院棟との比較
30床の場合

指定通院医療機関の状況

人口100万人に概ね2~3カ所、各都道府県最低2カ所の確保を目標

(平成21年3月の時点)

国立関係	1	1
都道府県立関係	4	2
民間	2	7

『x. 地域によって基幹型と補充型を組み合わせてサービスの提供を実施しているところも多々ある。

指定通院医療機関の形態

【指定通院医療機関（基幹型）が満たすべき事項】

職員配置

- 常勤の精神保健指定医
- 臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士等（非常勤職員可）の配置
- 看護職員3：1

適正な医療の提供

- 医療の質の確保
 - ・ 多職種チーム会議の設置
 - ・ 研修等による医療従事者の質の向上
 - ・ 訪問看護の提供
 - ・ 精神デイケアの提供
- 病状悪化時における適切な入院医療体制の確保
- 通院処遇の改善に向けた取り組みへの参画

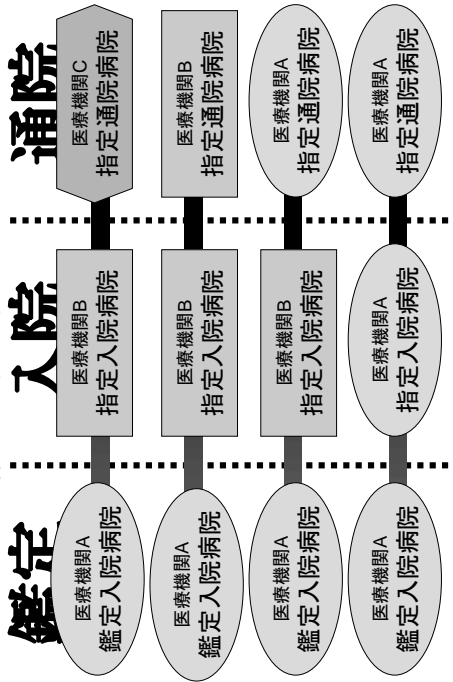
地域連携体制（危機管理体制）

- 保護観察所等との連携
- ケア会議への参画（処遇の実施計画の協議等）
- 関係機関との連携体制
- 緊急時の対応方針の整備

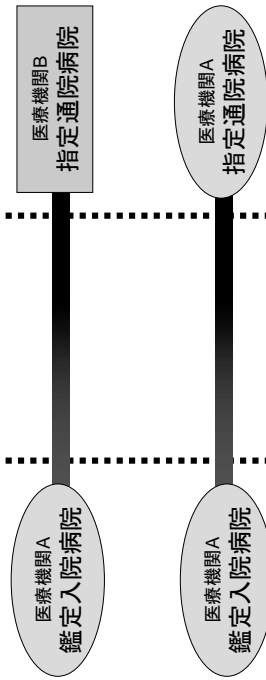
指定通院医療機関の形態

対象者の居住地の事情などにより、基幹型医療が提供できない場合は、補完型医療として基幹型病院と協働での医療を提供する。具体的には、デイケア及び訪問看護は近隣の医療機関（補完型医療機関）にかかり、通院治療は基幹型の医療機関が提供する。そのため基幹型病院で行われる毎月の多職種チーム会議に補完型医療機関からのスタッフも参加し、連携しながら協働していく。

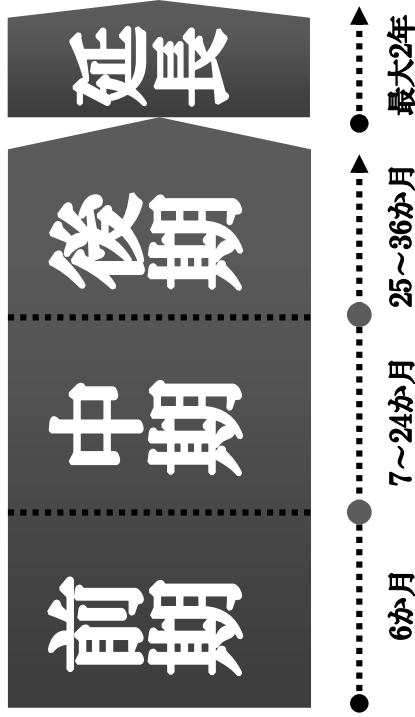
通院までの様々な流れ 指定入院を経由する



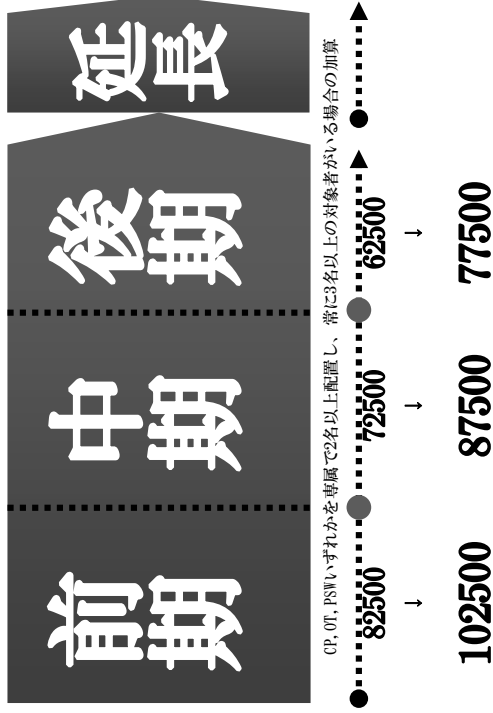
通院までの様々な流れ 入院を経由せず通院処遇が開始される



通院処遇の期間と算定



通院処遇の期間と算定



岡山県精神科医療センターでの処遇の実際

- ①A氏(当初審判の結果⇒**通院決定**)
鑑定終了後は当院にて一旦任意入院を経由し、退院後は家族と同居。
- ②B氏(当初審判の結果⇒**通院決定**)
鑑定終了後は地元である他県の指定通院医療機関で任意入院後、家族と同居。
- ③C氏(当初審判の結果⇒**通院決定**)
鑑定終了後はそのまま退院し家族と同居。
- ④D氏(当初審判の結果⇒**通院決定**)
他県にて鑑定入院後、当院へ転院し任意入院を経由。退院後は単身生活。
- ⑤E氏(当初審判の結果⇒**通院決定**)
鑑定入院後、別の指定通院医療機関にて通院処遇開始。
- ⑥F氏(当初審判の結果⇒**入院決定**)
当院での指定入院後、単身生活を開始
- ⑦G氏(当初審判の結果⇒**入院決定**)
当院での指定入院後、再度任意入院を経由し単身生活を開始

(3事例の紹介)

当院の通院医療の体制について

原則 既存の治療プログラムを活用する

- ・ チーム構成 (対象者ごとにチーム編成)
- ・ 1チーム 6~7名
- 【Dr, 外来Ns, 訪問看護Ns, CP, OT, PSW(すべて兼任)】
- ・ 通院時は各職種が30分程度面接
- ・ 対象者の情報は院内LAN・外来カルテで共有
- ・ 多職種チーム会議 随時 (処遇の見直し・検討・評価・共有)
- ・ 治療評価会議 月一回 (客観的評価・支援体制の確認)

実状と課題

当初審判で通院決定となったケースの場合

- ・ 関係構築が困難
- ・ 情報不足
- ・ 支援体制構築の準備期間が短い
- ・ 対象者が法の仕組みを理解しにくい
- ・ 治療の動機付けが不十分
- ・ 処遇終了後の医療継続の問題点
- ・ 鑑定入院中のケースワークが重要

実状と課題

当初審判で入院決定となったケースの場合

- ・ 入院機関と通院機関の温度差
- ・ 入院機関から通院機関への引き継ぎ
- ・ 退院時期に生じるタイムラグ
(施設入所や生活保護申請のタイムラグ)
- ・ 医療観察法退院後の任意入院
(医療費の発生など)

通院処遇の総合的な問題点

- ・ 指定入院との入院点数との違い
- ・ 指定入院とのマンパワーの違い
- ・ 地域による指定通院医療機関の偏在化
- ・ 受け入れ可能な地域の社会資源が乏しい

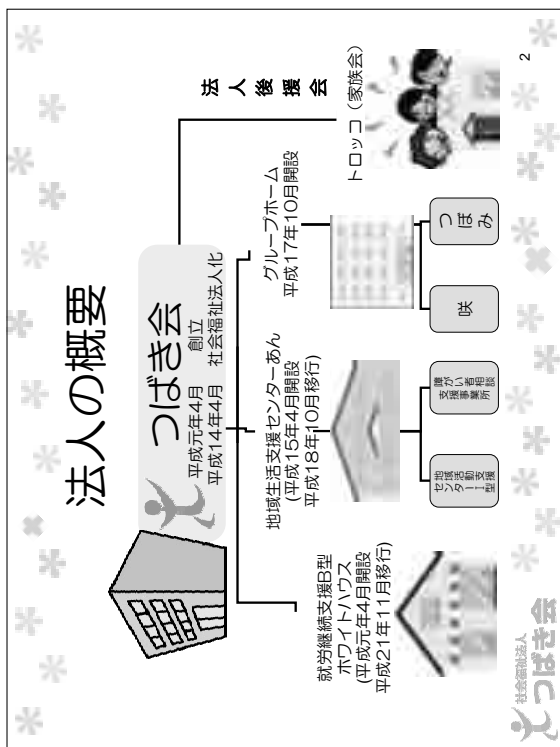
2009年度課題別研修：ソーシャルインクルージョンを目指して
～医療観察制度における地域処遇推進のための支援者研修～

実践報告1-②

地域処遇対象者の支援の実際と課題
～障害者福祉サービス事業所の立場から～

2010年2月22日
社会福祉法人 つばき会
地域生活支援センターあん

1



社会福祉法人 つばき会

2

本人を取り巻く状況

社会福祉法人 つばき会

3

支援対象者について

〇〇△△夫さん (男性)

- ・診断名 非定型型精神病
- ・対象行為 殺人未遂
- ・経済 生活保護受給 障害年金なし
- ・精神保健福祉手帳 3級

・支援内容

- X+7ヶ月 退院後の支援のため、保護観察所の依頼によりケア会議に参加。以後、月1回の会議に出席。
- X+1年 3ヶ月 退院に向け住宅探し、体験宿泊
- X+1年 5ヶ月 退院、生活支援開始 (食事、金銭管理、症状把握など)
- X+1年 7ヶ月 多額の債務の発覚、自己破産の検討

社会福祉法人 つばき会

4

地域での暮らしを始めて

- 生活の準備
- ・住まい
- 現在1DKでの一人暮らし
- ・生活必需品

月	火	水	木	金	土	日
作業療法 訪問看護	作業所	作業療法	作業所	作業療法	支援センター (スポーツ)	支援センター (調理実習)
		保婦所面接 (1/月)				

今回のケースを受け入れることが できたポイント

- ① 関係機関のサポート
- ② 居室の確保
- ③ 本人の症状
- ④ 地域の理解

実務から見えたもの①

- ・症状の再検討をおこなう

事件当時の状態、診断

通院治療での変化（変化があることは問題ではない）

本人との関係の中で見えてくるもの
生活の中で現れる、その人の障害や症状

障害や症状に応じた支援を考える

実務から見えたもの②

- ・本人のニーズ

事件当時の状況、精神症状

表面的なニーズの訴え

現実に沿ったニーズ、課題の発見

エンパワメントとリカバリーの視点

- 共通認識が
持っているか
- 相手の立場を
理解した上での言葉の選択
- 説明責任を
果たしているか
- 日常的な専門用語の使用

再発防止のため
自己決定・自己覚知の確立

3年後の自立に
向けての支援
日常生活・就労・金銭管理

社会福祉法人 つばき会

9

ご清聴
ありがとうございました。

社会福祉法人 つばき会

11

今後の支援について

- 医療 …… 精神科受診、作業療法
- 保護観察所
- 保健所
- 市役所 …… 保護課、障害福祉課
- 地域の事業所 …… 地域生活支援センター
就労継続支援事業所
訪問看護

○ 1回/月 ケア会議の継続

ポイント

- ・ 障害を見るのか、本人を見るのか？
- ・ 専門家であると同時に地域の生活者
本人と地域を結び付ける役割

社会福祉法人 つばき会

10

社団法人日本精神保健福祉士協会

[2009年度 課題別研修]

「ソーシャルインクルージョンを目指して」名古屋会場アンケート

集計結果

*研修内容等自由

●アンケート回答者 57名（全受講者72名）／回答率79% （受講申込総数81）

I. あなたご自身についてお伺いします。

1. 性別

①男性 19 ②女性 38

2. 年齢

①20代 9 ②30代 19 ③40代 14 ④50代 12 ⑤60代 3 ⑥その他 0

3. あなたは本協会の

①構成員 43 ②非構成員 14 ③不明 0

4. 所属施設等（複数回答）

精神科病院 20	総合病院 1	保健所 6
精神保健福祉センター 3	地域活動支援センター 1	福祉ホーム 2
グループホーム 4	ケアホーム 3	就労移行支援事業 1
生活訓練施設 1	地域生活支援センター 2	小規模作業所 1
教育機関 4	都道府県庁 1	市町村役場 1
福祉事務所 2	保護観察所 7	その他 5

5. 参加方法

①自費・休暇を利用して 21 ②自費・勤務扱い 3 ③出張扱い 33 ④その他（自費） 0

6. 同様のテーマによる研修受講歴

①有 18 ②無 39

II. 申込み時点のことについて伺います。

1. 本研修参加の決め手（複数回答）

①自身の業務等を振り返りたいと思ったから 23
②研修テーマに興味・関心があるから 43
③他地域の事業関係者とも知り合いたいと思ったから 11
④講師陣が充実していると思ったから 3
⑤職場（上司）の業務命令 4
⑥今後の研修企画の参考にするため 1
⑦その他 6

2. 関心を抱いたプログラムの順位（複数回答）

①講義 1

地域処遇対象者の生活支援の在り方—現状と課題—

1位 8 2位 7 3位 5

②講義 2

医療観察制度における処遇の実際と課題—医療観察法地域処遇体制強化事業を中心に—

1位 3 2位 4 3位 4

③実践報告 1 ①

地域処遇対象者の支援の実際と課題—指定通院医療機関の精神保健福祉士の立場から—

1位 6 2位 1 3位 5

④実践報告 1 ②

地域処遇対象者の支援の実際と課題—障害福祉サービス事業所の立場から—

1位 1 2位 3 3位 1

⑤実践報告 2 ①

道東地区におけるダブル・マネージャー・システム(DMS)による実践

1位 9 2位 5 3位 5

⑥実践報告 2 ②

相談支援専門員によるケアマネジメント—医療観察・触法・退促・DMS・釧路モデル—

1位 3 2位 11 3位 3

⑦講 義 3

社会復帰調整官による支援の現状と課題

1位 6 2位 3 3位 9

Ⅲ. 研修内容について。

講義 1 地域処遇対象者の生活支援の在り方—現状と課題(桑原)

①良かった 32

②まあ良かった 20

③あまり良くなかった 0

④良くなかった 1

⑤回答なし 4

- ・分かりやすく、聞きやすく話をしていただけた。各関係機関、根拠がなければ動けないところがあり、その間を埋めるための相談が必要と感じた。
- ・総論的な再確認ができた。(2)
- ・通院処遇における課題がはっきり見えてきた。ソーシャルインクルージョンという概念がはっきりつかめた。市民権の回復なり社会に参入することへの支援を行うこと。
- ・制度利用(活用)の理念(考え方)を具体的に整理することができた。
- ・基本をおさえてあり、聞きやすく、理解しやすかった。(3)
- ・関係機関の役割等について詳しく説明やスライドがあり、イメージしやすかった。
- ・話をもっと聞きたかった。
- ・事前にパワーポイント全てを配布してもらえありがたかった。そのおかげで、パワーポイントに記載

されていない講話について理解&記録できた。

- ・ 参与員研修や、他の研修でも聞いた話だったが、再確認という意味でよかった。
- ・ 整理されていて地域での共通のワードとして、他機関や多職種チームにも、共通理解ができるように活用していきたいと思う。
- ・ ケースに関する上での視点(課題)がよく理解できた。課題の項目について担当ケースを整理する上で活用していきたい。
- ・ 精神保健福祉センターがこのようにプレゼンして下さると非常に地域関係者に有効な医療法の周知となると思う。全国のセンター長は「眠っている人」が多いので。

講義2 医療観察制度における処遇の実際と課題

—医療観察法地域処遇体制強化事業を中心に—(新川)

①良かった	13
②まあ良かった	22
③あまり良くなかった	12
④良くなかった	3
⑤回答なし	7

- ・ 数字(統計的なもの)を写す時間が足りない。
- ・ 法の理解が自分に不十分なところがあり、説明についていけない部分が多々あった。お話のスピードをもう少し下げてください。パワーポイントの何ページのことを話しているのかを教えてください。
- ・ スライドの説明(強化事業の説明)だけで終わってしまった。もう少し詳しい全国における実施状況報告等の説明が欲しかった。(2)
- ・ 概要説明が主であり、サブタイトルの強化事業の内容が薄かった。
- ・ 報告量が多過ぎてついていけなかった。
- ・ もっと事務的に情報伝達に徹してもいいのでは。
- ・ もう少し焦点を絞った話を聞きたいと思った。総論的な話は既に十分だと思う。行政の例の課題をもっと明確に示して欲しかった。
- ・ 時間が短かった事もあり、具体的内容について詳しく聞きたかった。
- ・ 表面的な内容が多かったが、今後の方針や現状の課題についての対応等について、もう少しふれてもらいたかった。
- ・ もう少し新しい情報が聞きたかったと思う。実践の現場と法制度がかけ離れているのではないかと思った。
- ・ 今後地域処理体制をどう充実していくかの展望がほしい。
- ・ 現状の課題についてももう少し聞きたかった。
- ・ これまで知りえなかった法改正に伴う政策の最新情報、その意味とするところが理解できた。
- ・ 直近の医療法の地域処遇の統計的な全体像が示され、よかったと思う。

実践報告 1① 地域処遇対象者の支援の実際と課題

—指定通院医療機関の精神保健福祉士の立場から—(久野)

①良かった	16
②まあ良かった	26
③あまり良くなかった	7
④良くなかった	1
⑤回答なし	5

- ・鑑定入院からMD Tを取り込むことや、鑑定書に共通評価項目にある評価を反映させていることについては驚くとともに、考えさせられた。
- ・制度の対象者も、特別視することなく関わることができれば、とのお話が印象的だった。
- ・想いはとても伝わった。(3)
- ・具体的な運用について知ることができた。
- ・指定入院、指定通院、鑑定入院の全てを実施している医療機関のP S Wの視点での発言であり、資料も大変勉強になった。
- ・現場での実状が具体的に伺うことができた。大変な仕事を行う上でのポイントをもっと聞きたかった。
- ・少し病院でのことが見えてきた。聞きやすい内容だった。
- ・パワポイント関係のレジュメの配布があったほうが良かった。
- ・「地域住民との約束」についてももう少し詳しく聞きたいと思った。
- ・指定通院先の課題について少しみえた気がする。鑑定～入院～通院については一つの医療機関で多数あがってほしい。
- ・大阪府の状況、具体的な内容もあり分かりやすかった。医療観察法だからと、あまり構えないでというのが印象的だった。
- ・質疑応答の時間を設けて下さりありがたかった。
- ・もう少し多くの事例を通してP S Wの関わりを聞きたかった。具体的な事例や困難性、現状での苦労や取り組みについてももう少し聞けたら良かった。事例により、具体的なイメージがつきやすく、法制度と実際を知る機会になると思う。(3)
- ・あまり面接をしているようにはきこえなかったのが気になった。
- ・先進的な医療現場としてはよく理解できた。自身医療観察法をしっかりとわかっていないので、講師が話す言葉(用語)でわからない部分もあった。
- ・医療観察法の対象者は少なくとも被害者を生み出しているという事実を踏まえた対象者としての理解をしていただきたい。精神保健福祉法の一般患者さんとさして変わらないという発言はやや乱暴ではないかと思う。

実践報告 1② 地域処遇対象者の支援の実際と課題 —障害福祉サービス事業所の立場から—(荒川)

①良かった	22
②まあ良かった	25
③あまり良くなかった	7
④良くなかった	0
⑤回答なし	3

- ・地域の事業所がこのように医療観察法対象者に対して主体的に支援を考えていることに感動し、勇気を貰えた。
- ・就労へ向けてご本人の思いを汲み取りながら支援されていることがよく分かった。医療観察法としての関わり(関係機関との連携)等の話がもっと聞きたかった。(2)
- ・とても具体的で良かったが、時間がなかった。どちらかと言うと、最後のまとめが知りたかった。
- ・各エピソードにおける医療観察法との関係の説明がもっとあれば良かったとも思うが、逆に医療観察法対象者だからといって扱いがそう変わることも無いのかとも思った。たんたんとしていたが、特別なことはないように対応しているのだと感じた。(3)
- ・本人のペースに合わせたゆるやかな支援、ソフトタッチの支援が行われており、好感が持てた。
- ・あまりにも順調よく就労に結び付いたケースなので、そうでないケース等と比較して、なぜステップアップできたのか、特別なのか、一般的支援なのか知りたいと感じた。
- ・クライアントに対する熱い思い、真摯に対応している様子、法律云々より、対クライアントという姿勢に感激。
- ・とても具体的な事例の報告を聞いて良かった。(2)
- ・医療観察法の対象者と通常の利用者との違いを感じなかったのですが、家族や関係機関との関わりも聞きたかった。
- ・成功例を知れると心強い。
- ・普段の業務の一環として、区別なく対象者に向き合っておられ、励みになった。普通の支援となんら変わらないことがよく伝わった。援助者、協力者を増やしていくことが大切だと思った。(2)
- ・医療観察法対象ケースという部分での取組みの苦労や工夫がきけると尚良かった。
- ・午後一番の講義で眠気が襲ってきて全て聞けなかったのが残念だった。
本人の様子と支援者側のアセスメントがとてもよく分かった。
- ・詳しい支援の経過、本人に寄り添った支援ということは良く分かったが、受け入れたときの荒川氏、施設の役割について、どのように考えていたのかが支援者側の対応だけでなく、ケア会議の内容、他の機関との連携の中での具体的な話や苦労、困難だったことなどをもう少し詳しく聞けたらよかった。(2)
- ・一般事例としてもよく対応していると思うが、医療観察法対象ケースとしてみたときに他機関との連携、対応面での配慮したところがあまり自身の中で整理できていないでいる。
- ・入院を経過しての事例だったが、クライシスプランの活用などを本人とどのようにしていたか不明だった。自殺企図からの放火事例なので、治療コンプライアンスや自殺へのアセスメントなど、中長期的なアセスメントが必要なケースだと思うが、その辺りの見立てを作業スタッフとしてチームを共有されているのか。

実践報告 2① 道東地区におけるダブル・マネージャー・システム(DMS)による実践(江口)

①良かった	37
②まあ良かった	17
③あまり良くなかった	0
④良くなかった	0
⑤回答なし	3

- ・ DMS のシステムや考え方は非常に参考になった。システムが有効に機能するためにネットワーク構築の大切さも再認識できた。
- ・ DMS のシステム、重なり合って支援していくこと、自分の周囲でも進めていければと思った。
- ・ 想いは伝わったが、現実として他の地域でも可能なのか、また、一人の対象者にここまで制度化させた支援が必要なのかと考えさせられた。
- ・ DMS の必要性、重要性を実感できた。(2)
- ・ 想いは伝わったが、P t を人質にとられている感じで巻き込まれているような思いは拭えない。
- ・ 北海道の実情が分かった。エリアも広く大変だと思った。
- ・ 24 時間対応はすごすぎる！
- ・ 支援の実際や役割が良く分かった。
- ・ 調整官、地域のコーディネーター両方から聞くことができ、実際のシステムがよく理解できた。
- ・ エッセンスを持ち帰って実践したいと思った。できる所から。
- ・ 北海道は地域体制整備コーディネーターの取り組みも進んでいるなど、そもそも関係者等の意識が高く、他県と格差があると改めて感じた。
- ・ 片寄った見方でなく、必要なことは何かに着目できた。
- ・ 資料にまとめていただけるということで助かる。ありがたい。
- ・ 非常に面白かった。
- ・ DMS について聞くのは初めての経験でひとつの方法として学ぶことができてよかった。
- ・ 具体的な説明でよく分かった。
- ・ 道東地区には支援センターが存在してケアマネがいるということが資源だと思う。花巻HPまで行く旅費が持ち出しだということで体制がまだできていないと思う。制度にむすびつけられるのか。
- ・ とても分かりやすい説明だった。(2)
- ・ 旬のいい取り組みのプレゼンでとても参考になった。DMS の発想が一般化できるように都市部、地方の別なくやれるには、何が必要なのだろうか。据置の C r への地域支援にも活用できないのだろうか。

実践報告 2② 相談支援専門員によるケアマネジメント

—医療観察・触法・退促・DMS・釧路モデル—(佐々木)

①良かった	47
②まあ良かった	8
③あまり良くなかった	0
④良くなかった	1
⑤回答なし	1

- ・広い圏域、限られた資源(マンパワーも含めて)の中で、しっかりとしたネットワークシステムができていて感銘を受けた。
- ・対象者の方に寄り添って支援されている様子がとても伝わってきた。
- ・想いは伝わりましたが、現実として他の地域でも可能なのか、また、一人の対象者にここまで制度化?させた支援が必要なのか考えさせられた。
- ・DMS という考え方と具体的、実践的な支援について分かりやすくお話ししていただき、イメージをしやすく、良かった。(11)
- ・熱い思いひしひしと、又淡々とこなしていることに感激。
- ・今後活用されていくと思った。
- ・支援の実際や役割が良く分かった。
- ・調整官、地域のコーディネーター(ケアマネ)両方から具体的な実践を聞くことができ、実際のシステムがよく理解できた。(2)
- ・入院時からの関わりは大切ですね。
- ・精神保健福祉士のあり方について考えさせられる内容で、反省とともに元気が出た。
- ・PSWとして目指すべき姿勢であるので、感銘を受けた。
- ・フットワークの軽さがすばらしい。
- ・退促、PSWとしての支援との共通点、違いが少し理解できた。
- ・従来の生活支援センターのスタイルがあって、現在の事業まで展開していることは地域性だと思う。DMSとはいっても普通に精神保健福祉との重なりあいは理想……。目指したいことである。
- ・専門職として「時間と金が無い、を理由にするな」は耳が痛い共感。当事者支援の自分の中の整理になった。
- ・同じ相支専門員として励まされた。ありがたかった。
- ・実践的、具体的活動、視点、考え方についても勉強したかった。
- ・具体性があったよかった。事例の紹介の仕方、システム的具体性など分かりやすかった。ただ、もう少し話をまとめてほしいと思った。

講義 3 社会復帰調整官による支援の現状と課題(武野)

①良かった	28
②まあ良かった	20
③あまり良くなかった	3
④良くなかった	1
⑤回答なし	5

- ・分かりやすく、制度(調整官の関わり)を聞かせていただくことができた。(2)
- ・説明だけで終わってしまった。
- ・課題に対して、どうアプローチしていくのか期待したい。
- ・仕事、システム、課題が良く分かった。
- ・なるほど。だから？
- ・社会復帰調整官の仕事、課題、実情、苦労等、具体的に知ることができた。(2)
- ・大変な仕事だと改めて感じた。
- ・基礎の確認。
- ・犯罪の内容によって対応が違ってくるのでは。
- ・P SWのため、実例経験があることから、話が分かりやすかった。
- ・全てをまとめるような話で、よく分かった。
- ・分かりやすかったが、課題や難しさなどを教えていただきたかった。

全大会

①良かった	35
②まあ良かった	16
③あまり良くなかった	0
④良くなかった	0
⑤回答なし	6

- ・経験者や所属の違う方、様々な立場、様々な地域の方々と意見交換をすることができ、思いの共有、疑問や不安の解消ができた他、色々な考え方や視点、支援の幅を学ぶことができ、貴重な経験となった。第一線で働く専門職の熱い意見を聴くことができパワーをもらった。とても有意義な時間だった。(13)
- ・基礎と実践のバランスが良く、眠ることなく集中できた。
- ・グループ内での検討もかなり勉強になったが、他グループの発表も興味深いものだった。
- ・途切れた支援がある。日頃から意識した支援。
- ・発表は必要か→時間を守る訓練不足。
- ・隣の班の声が聞こえてきて、同じグループの人の声が聞こえないことも。
- ・調整官の方から直接具体的な話を聞くことができ参考になった。
- ・今後、刑務領域でのソーシャルワークを検討していた私にとって、全大会の話は大きく心に響いた。刑務所内の障害者についても考えてゆきたいと改めて思った。
- ・大塚さんの総括がとてもよかった。手短でしたが、グループ総論で出ていなかった部分を的確にまとめてくださり、参考になった。
- ・自分の考えやケースの進め方が全体の発表を通して同じであると感じ、方向性が間違っていないと思え、自信になった。
- ・1日目に地域の現状等いろいろ聞けて良かった。
- ・各班の発表は手短にする。後から紙をまわしてもらえば良い。
- ・疲れたけど楽しかった。
- ・名刺交換までいかなかった。
- ・時間が足りなかった。(3)
- ・事例の演習を先にやった方が良かった様に思う。
- ・分科会等の開催により、研修対象者のニーズに合った内容にしていけると良いと思った。
- ・グループ討議が大変参考になり良かった。

IV. 今後の研修で取り上げてほしいテーマ・講師などについて、ご意見をお聞かせください。

- ・保護観察所での被害者、家族支援への取り組みについて。
- ・地域支援機関(作業所、地活)の話しが聞けて勉強になった。
- ・司法と福祉。
- ・福祉職への啓発。
- ・各グループに一人ずつ、ファシリテーターまたはスーパーバイザーがいらっしやると有難かった。
- ・通院医療の研修を今後もお願いしたい。
- ・本法にのるまでも権利の上での同法のあり方におかしいと思うこともあるので、本法に入るまでの流れ、考え方もきいてみたい。

V. 本研修全体の満足度を教えてください。

①満足	32
②まあ満足	18
③やや不満	2
④不満	1
⑤回答なし	4

- ・それぞれの地域で頑張っている方々の話を聞けることは、とても貴重な体験だった。
 - ・グループ演習のやり方をもう少し改善してもらいたい。講師の配置と時間配分の指示等が必要では？
 - ・普通。疲れたという感じがしないのはいい。
 - ・具体的な例が出てこないの、現場では役に立たないのではないか。
 - ・医療観察法について知らないことが多かったため、今回の機会を得て理解することができてよかった。
 - ・ガイドラインを添付してもらえると良いと思う。
 - ・本ケースについて市町村職員の取り組みを聞ける機会はあまりないため、市町村や県職員の講義も立场上聞いてみたいと思った。
 - ・医療観察法の基本的な知識や実際の運用が知れてよかった。漠然とした不安を持っていたが、ポイントがよく分かった。
 - ・内容が充実していて本当に良かった。
 - ・制度の説明など重なっている内容が多かったと思う。
 - ・実際に現場で関わっている方の事例は興味深かった。
 - ・最初に制度・現状、次に指定入院の関係者、指定通院の関係者、社会復帰施設と、講義の内容が順番になっていると良いと思う。
 - ・地域処遇に特化した研修はあまりなかったので、とても良い機会でした。様々な実状を知ることができて勉強になった。
 - ・とても楽しめた。
 - ・ダブルマネージャーシステムについて話を聞いて色々ヒントを頂けた。
 - ・自分にとっても身近な課題であり、今どのようにやっていくか現実的でもあるため、とても参考になった。
 - ・法施行後5年近くが経過、色々な実態が知れて良かった。
 - ・事例を通して日々の支援を振り返ることができた。
 - ・演習の時間がもっと長かったら、より学習を深められたと思う。有意義な2日間だった。
- 本研修受講に際してお世話になった全ての皆様、有難うございました。感謝の思いでいっぱいです。2日間で学習したことをぜひ明日からの業務に活かしてゆきたいと思う。
- ・視野が広がった分、所属のところの役割がよくわかったように思う。

社団法人日本精神保健福祉士協会

[2009年度 課題別研修]

「ソーシャルインクルージョンを目指して」岡山会場アンケート

集計結果

*研修内容等自由記載部分は除く。

●アンケート回答者 63名 (全受講者69名) / 回答率91% (受講申込総数78)

I. あなたご自身についてお伺いします。

1. 性別

①男性 30 ②女性 33

2. 年齢

①20代 12 ②30代 27 ③40代 14 ④50代 9 ⑤60代 1 ⑥その他 0

3. あなたは本協会の

①構成員 39 ②非構成員 24 ③不明 0

4. 所属施設等 (複数回答)

精神科病院 19	総合病院 2	保健所 8
精神保健福祉センター 3	地域活動支援センター 2	グループホーム 5
就労移行支援事業 1	就労継続支援事業 2	生活訓練施設 3
地域生活支援センター 2	教育機関 2	市町村役場 2
保護観察所 9	矯正施設 1	その他 6

5. 参加方法

①自費・休暇を利用して 13 ②自費・勤務扱い 5 ③出張扱い 45 ④その他(自費) 0

6. 同様のテーマによる研修受講歴

①有 16 ②無 47

II. 申込み時点のことについて伺います。

1. 本研修参加の決め手 (複数回答)

①自身の業務等を振り返りたいと思ったから 18
②研修テーマに興味・関心があるから 46
③他地域の事業関係者とも知り合いたいと思ったから 12
④講師陣が充実していると思ったから 2
⑤職場(上司)の業務命令 18
⑥今後の研修企画の参考にするため 2
⑦その他 3

2. 関心を抱いたプログラムの順位（複数回答）

①講義1

地域処遇対象者の生活支援の在り方

1位 7 2位 9 3位 10

②講義2

医療観察制度における処遇の実際と課題—医療観察法地域処遇体制強化事業を中心に—

1位 10 2位 5 3位 7

③実践報告1①

地域処遇対象者の支援の実際と課題—指定通院医療機関の精神保健福祉士の立場から—

1位 11 2位 12 3位 8

④実践報告1②

地域処遇対象者の支援の実際と課題—障害福祉サービス事業所の立場から—

1位 7 2位 4 3位 7

⑤実践報告2①

道東地区におけるダブル・マネージャー・システム(DMS)による実践

1位 9 2位 12 3位 2

⑥実践報告2②

相談支援専門員によるケアマネジメント—医療観察・触法・退促・DMS・釧路モデル—

1位 7 2位 15 3位 9

⑦講義3

社会復帰調整官による支援の現状と課題

1位 7 2位 2 3位 13

Ⅲ. 研修内容について。

講義1 地域処遇対象者の生活支援の在り方(川副)

①良かった 29

②まあ良かった 26

③あまり良くなかった 4

④良くなかった 1

⑤回答なし 3

- ・具体的な生活支援の現状を詳しく聞きたかった。
- ・鑑定に関わることがあるため、今回の講義は今後生かしていけると思った。
- ・背景や医療機関等の現状はつかみやすい講義だった。法的な部分に興味を持ったので、他の講義でもよいので深めて頂きたいと思った。
- ・体験に基づく意見も聞かせて下さい。イメージしやすかった。
- ・講師の「不幸にして触法行為を犯した障害者は最も困難な状況であると言えるので、彼らの援助に関与することは、保健・医療・福祉従業者にとって本望ではないか」という姿勢には、とても感銘を受けた。
- ・基本的なところからの数字での報告もあり、わかりやすかった。
- ・Drの立場や、入院に至るまでの経過は理解できた。

- ・実際の現場で働かれている Dr の話が聞けて良かった。医療観察法と精神保健福祉法の違いがよく分かった。
- ・今までの流れや現状を知ることができた。
- ・お話そのものは分かりやすく、聴きやすかったと思う。
- ・講師の個人的見解の意見も伺うことができ共感できた。
- ・他研修等で学んできたことの確認になった。
- ・総論の話が多くて、簡易鑑定、留置鑑定の話をもう少し詳しく話しをしてもらいたかった。
- ・「講師の主張」が散りばめられていて面白かった。静かな語り口調ながら、「助けるべき人を助ける」という講師の信念が伝わってきたと思う。
- ・簡易鑑定の問題点や知的障害等を伴う重複障害者の問題など、もっと詳しく聞きたかった。時間が足りない感じがした。
- ・レジュメ、説明とグラフ、図が別々になっており、少し見にくかった。
- ・歴史的背景等の説明は資料提供にして、本題「生活支援の在り方」に焦点を絞った方が良い。実際に地域支援を行っている地域の検証をし、「処遇、支援」のどこに課題があるのか、実際に支援を受けた対象者家族の評価があれば、より効果が上る内容となる。

講義 2 医療観察制度における処遇の実際と課題

—医療観察法地域処遇体制強化事業を中心に—(新川)

①良かった	18
②まあ良かった	31
③あまり良くなかった	16
④良くなかった	1
⑤回答なし	3

- ・もう少し具体的な話をして頂ければよかったと思う。強化事業についてはまだまだ理解が必要だと思った。
- ・厚労省の話は説明より質疑の時間がほしい。いつも思うことですが、資料の丸読みが多いので、時間ももったいない。
- ・居住系施設サービスの調整官やその機関の協力の賜物と言われたが、受けざるを得ない現場の入院施設と全く違う状況が何も分かっておられないと思う。環境は不安、人員配置(日中、夜間)や、お金の面を考えてほしい。あと、地域によって施設の受け入れがある地域に偏っている等の問題もある。現場がわかっていない。
- ・1番最初の講義にもってきてほしかった。
- ・制度から説明してくださり理解しやすかった。
- ・厚生労働省の方の発表を聞くのが初めてだったので貴重なお話だった。
- ・おおまかな全体像は理解できた。もう少しリアルにイメージできるようなパワーポイントや資料のほうが、理解しやすかった。
- ・市町村や県などで支援していこうにも、医療スタッフのように、取り決めが無いまま保健所なども人員構成削減されているため、何も動けなくなっている現状がある。
- ・資料通りなので、もう少し「課題」のあたりの話があればと思った。
- ・予算等についての説明は分かりやすかった。

- ・診療報酬の部分を強調していただき、とても参考になりました。医療だけでなく、社会復帰施設にも加算されたとのことで、誠に喜ばしいことである。
- ・措置入院との違いがもうひとつ理解できない。治療機関(病院)が次々と変わるのは対象者にとってメリットになるのか、など疑問点も。
- ・とても良かった。
- ・①障害者地域移行促進強化事業の医療観察法対象者に関するものの中味、②都道府県による医療観察法地域処遇体制強化事業等の実態、この2点を明らかにしてほしい。

実践報告 1 ① 地域処遇対象者の支援の実際と課題

—指定通院医療機関の精神保健福祉士の立場から—(谷本)

①良かった	44
②まあ良かった	14
③あまり良くなかった	1
④良くなかった	0
⑤回答なし	4

- ・PSW の立場から、通院医療機関の現状、今後の課題等、参考になる点も多かった。
- ・鑑定中のガイドラインがないことは分かっていたが、外泊まではリスクが高くあまり考えてなかった。
- ・通院をうけている HP がかかえている課題をわかりやすく説明してもらった。
- ・事例や病院内の現状を踏まえられた話でとても理解しやすかった。制度のなかで、見立てやその判断は、より専門的なものが求められることが分かった。制度化されたことで良い点(手厚いサポート等)もあるが、支援していく上での難しさも出てきていると感じた。
- ・具体的でわかりやすかった。もう少し時間があれば良かったと思う。
- ・実践報告だけに、具体的な内容で非常にわかりやすかった。また PSW の大変さと、必要性も感じることが出来た。
- ・事例を通して、指定通院医療機関の精神保健福祉士の関わりを提示して下さったので、大変参考になった。
- ・医療現場の本音や実情を知ることができ良かった。
- ・制度の実際的な運用面の本人にとっての矛盾など知ることができた。
- ・本音だと思うし、現状が聞けて良かった。
- ・具体的事例など交えて話が聞けて、分かりやすかった。欲をいうと、既存の社会資源との連携など、どうされているのかを聞きたかった。
- ・具体的で分かりやすかった。
- ・同じ指定通院医療機関であっても、私の病院の個性があることは理解できたが、どのような選択によって機関が選ばれていくのだろうという疑問もわいた。
- ・マンパワーとお金がポイントかなと思った。民間の病院が対応できるのか少し不安になった。通院医療機関としての具体的な取り組みをもう少しあげていただければと感じた。
- ・とても良かった。
- ・鑑定、入院、通院を一貫して行うことのできるメリットがよくわかった。

実践報告1② 地域処遇対象者の支援の実際と課題 —障害福祉サービス事業所の立場から—(脊戸)

①良かった	34
②まあ良かった	22
③あまり良くなかった	2
④良くなかった	0
⑤回答なし	5

- ・HPのサポート体制の重要性を改めて感じ、地域でのつながりの重要性を感じた。
- ・病院としてあまり考えてなかったと反省している。地域との連携の重要性を再確認できたと思う。
- ・現場(地域)の苦労を、体験を通して教えて頂いた。3年後を見越しての調整の必要性を実感した。
- ・地域での受け入れる側の様々な課題・問題点にはうなずけた。普段利用者とどう関わっている。
- ・関わっていくことが一番大きなことだと改めて思った。
- ・障害福祉サービス事業所の話ははじめてだったので、新鮮だった。
- ・印象にのこっている。
- ・事例を通して地域処遇の実際を提示して下さったので、大変参考になった。特に講師の対象者を中心に据えた地域福祉に対する熱意に感銘を受けた。
- ・支援センターまでつながるケースが少ないと思ってしまうので、稀な成功ケースだと思った。
- ・一番リアルな話をきくことができた。ガチガチの制度を地域でどう活用してゆか前向きに考えることができた。
- ・地域の理解が一番大事だと感じた。
- ・これまでの研修で報告がなかったサービス事業所の現状の一面がうかがえて良かった。
- ・具体的な話の内容で分かりやすかった。
- ・とても良かった。

実践報告2① 道東地区におけるダブル・マネージャー・システム(DMS)による実践(江口)

①良かった	40
②まあ良かった	16
③あまり良くなかった	4
④良くなかった	0
⑤回答なし	3

- ・システムの重要性、必要性が必要であると思った。地元でもシステム作りを行っていききたい。
- ・モデル事業、実践をわかりやすく講義して頂き、新しい考え、視点が学べ、参考になった。
地域による違いはあるが、DMSシステムは有効に思えました。資料がレジュメ(本)になく、メモを取るの間に合わなかった。資料があれば助かるなあと思いました。
- ・ダブルマネージャーというものの自体を十分理解できなかった。
- ・特定の地域における特異な試みなので、どこまで他の地域における般化、標準化が可能なのかが、地元で実践出来るかどうかは自信が持てない。また、指定医療機関との連携が希薄に感じられた。
- ・地域特化事業と感じる。ケアマネにとっての運営メリットが少なすぎる。都心部のケアマネでは不可能。
- ・1つのシステム実践を知ることで、現状の課題や良さを知ることができた。

- ・広域にわたる支援の様子を知ることができた。工夫は必要だが、狭域でも DMS 的に 3 年後も本人にとって続くマネージャーが必要だと感じた。
- ・分かりやすかった。資料はもう少し詳細なものが良かった。
- ・業務の中で生かせる実践の発表であり、両者の具体的な話が聞けて、大変ためになったと思う。
- ・先進的な取り組みの発表が参考になった。
- ・具体的な役割などが明確に説明されていてわかりやすかった。
- ・DMS がどのようなものかを知ることができた。
- ・詳しいレジュメがあれば理解しやすいのではないかと思います。具体的な内容を参考にしたいと思う。
- ・とても良かった。

実践報告 2② 相談支援専門員によるケアマネジメント

—医療観察・触法・退促・DMS・釧路モデル—(佐々木)

①良かった	44
②まあ良かった	13
③あまり良くなかった	2
④良くなかった	0
⑤回答なし	4

- ・指定通院医療機関の果たす役割をもう少し具体的に話をしてもらえると良かった。
- ・地域でチームをどのように作っていくのか大変参考になった。
- ・事例、実践を通しての講義であり、とらえやすかった。基本はソーシャルワーク上の関わりが基本であると感じられた。
- ・具体的でわかりやすかった。
- ・本人を大切に支援されていることが伝わってきた。気温に負けないエネルギーを感じた。
- ・地域処遇の一環として、保護観察所とタッグを組んで DMS を構築されていくモチベーションには感銘を受けた。道東地区における成功事例だと思われる。ただ、他の地域において同じ実践が出来るかどうかは、講師のような存在の有無に関わってくるのかもしれない。
- ・地域主体ですすめる大切さを改めて確認した。
- ・現場での様子が良く分かった。今までやっている支援と同じなのだと感じた。
- ・DMS 中での地域支援側の役割や動き方がよく分かった。
- ・業務の中で生かせる実践の発表であり、両者の具体的な話が聞けて、大変ためになったと思う。
- ・分かりやすい資料だった。
- ・**退**との違いや共通点について明確でよかった。地域性や独特のサービスについても整理されていたと思う。
- ・DMS がサービス事業所としての役割の実際を聞くことができ、参考になった。
- ・具体的で、とても分かりやすかった。
- ・内容はいい。バックが見にくかった。
- ・大変興味深い話をしていただき、ありがたかった。実践されていることを分かりやすく説明していただいたと感じた。
- ・とても良かった。

講義3 社会復帰調整官による支援の現状と課題(武野)

①良かった	30
②まあ良かった	26
③あまり良くなかった	3
④良くなかった	0
⑤回答なし	4

- ・社会復帰調整官との協力を強化していかななくてはいけないと思った。指定医療機関での役割をもっと明確にしていかなければと思った。
- ・実際すでに医療観察法に関わっているので、知っている内容が多かった。
- ・現在の社会復帰調整官の役割や取り巻く環境が良くわかった。実践の中で難しかったこと等を具体的に話をして頂きたかった。地域にも入院施設同様のサポート体制にお金をさければ対応について前向きに取り組めるのではと思います。加算について条件も厳しいし、安すぎだと思う。
- ・基本的な部分の再確認もあり、理解が深まった。(2)
- ・まあまあ。
- ・社会復帰調整官の業務の全体像が理解出来、参考になった。また、全講義の中で、一番資料が充実しており、分かりやすいものであった。
- ・全体の状況や課題について整理できた。
- ・流れや、マンパワーの重要性が良くわかった。
- ・分かりやすい内容で、聞きやすかった。(3)
- ・社会復帰調整官の全体像を理解することができた。
- ・制度を十分に把握していない私にとってはとても分かりやすかった。
- ・役割がよく理解できた。
- ・調整官の仕事の流れが分かりやすく、これまでの研修の内容の整理になった。

全大会

①良かった	30
②まあ良かった	25
③あまり良くなかった	0
④良くなかった	0
⑤回答なし	8

- ・今回の研修のまとめとして演習を行ったが、私たちグループでは出なかった意見などを聞くことが出来て良かったと思う。また、新しい視点の参考になった。(4)
- ・事例の話し合いは進めにくかった。昨日の方が様々な意見を出せたと思う。
- ・実際に支援されている方の生の声から学ぶことが多かった。
- ・各グループでの演習は他機関の様々な年齢の方々と意見交換ができ、色々な意見、考え方を学ぶことができた。本当に今後の仕事へいかすことができる貴重な機会でした。(5)
- ・研修全体を振り返ることができた。
医療観察法だからと大きく違って捉える必要はないと思えた。
- ・出された意見は、同じようなものも多く、押さえるべきポイントを押さえていたのかと思う。
- ・どちらの班も異業種チームだったことが、あまり偏らずに色々な意見が出たといういい結果を出

したと思う。

- ・グループワークの構成メンバーが多職種だったので、話しの内容がそれぞれの立場から聞け、とても参考になった。
- ・演習事例がイメージしにくかった。グループの人数や職種は適応だった。
- ・グループワークは研修会に必須。

IV. 今後の研修で取り上げてほしいテーマ・講師などについて、ご意見をお聞かせください。

- ・精神障害者の犯罪と13条について、法律家のちから、医療観察法と対象者の人権について。
- ・矯正施設出所者の社会復帰支援について。
- ・精神保健参与員に対する研修。
- ・技術論的な研修(ワークショップ)を是非受講したい。ソーシャルワーク・トリートメント、例えば認知行動療法的なソーシャルワークに関するワークショップ等。
- ・家族教室についての事例をあげてほしい。
- ・地域移行支援事業について。
- ・各県での取り組みのバラつきや、課題があるかと思いますが、先進的取り組みをしている県があれば、この事業をより有効的利用、活用ができる方法を学びたい。
- ・医療観察制度にのっからない人、不処遇になった人の受け皿について、重複障害の方の支援について。
- ・①各都道府県市町村における、触法・医療観察法対象者を積極的に取り組んでいる担当者を講師にすることで、行政機関の巻き込みができると思われる。②鑑定入院、指定入院と指定通院におけるPSW業務に相違があるため「医療観察に携わるPSWの業務」をテーマに可能であれば共通認識をもつことを目的に企画。

V. 本研修全体の満足度を教えてください。

①満足	29
②まあ満足	34
③やや不満	0
④不満	0
⑤回答なし	0

- ・対象者の退院は地域との連携が必要であるが、まだまだ入院医療機関のPSWがやることが多くあると感じた。システム作りなど社会復帰調整官とともに行っていただけたいと思った。研修の準備、運営お疲れ様でした。とてもいい運営だったのでよりよい研修になったと思う。
- ・医療観察制度の5年後の見直しへむけ、協会としての意見をまとめる動きはないのか。
- ・調整官(PSW)のサポートをお願いしたい。法成立時には出していたように思いますが。(感想でなくすみません)
- ・医療観察法を様々な視点から見えて参考になった。
- ・つながりが増えたので、良かった。
- ・PSWの業務に関わる上で、精神保健福祉士としての視点は何か、この研修には欠けていると思った。別に社会福祉士でも行えることではないか。
- ・PSW向きの内容で全体としては良かったと思う。

- ・今回は都合で一回しか参加できず残念だった。
- ・色々な課題を整理できた。
- ・パワーポイントに見にくいものがあった。
- ・これまでの研修では社会復帰調整官サイド、医療サイドからのみの場合がほとんどであったが、今回は地域からの報告等がうかがえてよかった。
- ・よんどころない事情により、急遽帰らせていただくことになり、今回の研修をとっても楽しみにしていたので、残念。よろしければ、次回また同様の企画をお願いしたい。
- ・今後もこのような実務者レベルでの研修会、又は意見交換の場を設けて頂ければ制度の理解を進める貴重な機会となると思う。
- ・病院(通院指定)の具体的な取り組みをもう少し取り入れていただければ良かった。
- ・実践報告が大変参考になった。
- ・資料のスライドは字が小さいため、1ページに2つとしてほしい。
- ・グループの討議が2回あり、メンバーが同じで、2日目にはより話し合いができ良かった。

■資料 1 企画検討会議事録

第1回 企画検討会

1. 議事

① 事業概要及びスケジュールについて

<資料1参照>

<資料3-1～資料3-4参照>

◎すでに実施済みの調査1「医療観察制度における地域処遇連携の実態等に係る基礎的調査」の結果概要を説明

[聞き取り調査を実施するにあたって注目すべき事柄]

- ・連携の状況が実際どのような状態になっているのか。
- ・社会復帰調整官がどの程度の調整まで可能なかを明確にする必要がある。
- ・処遇終了後をどのように見据えていくのか。

② 調査事業(2)

聞き取り調査(グループインタビュー及び現地訪問)について

当初の予定:事業実施予定の都道府県主管課担当者に集まってもらい、グループインタビューを実施。(→実施困難)

→ [変更]:調査対象を保健所、精神保健福祉センターの医療観察法ケースに関わっている人から聞き取り調査を行う。(→自治体を主体とした聞き取りでは実態や踏み込んだ結果は期待できない)

→ [変更]:課題を抽出しやすいと思われる社会復帰調整官を対象とし現地を訪問し聞き取り調査を行うこととする。事業実施予定地の保護観察所3か所、事業未実施予定地の保護観察所3か所とする。

加えて、北海道道東地区の包括的地域支援プログラム(ダブル・マネージャー・システム)の聞き取り調査を実施する。

③ 調査事業(3)

聞き取り調査(ヒアリング)について

当初の予定:障害福祉施設入所時支援事業を予定、活用している障害福祉サービス事業所等を対象とし聞き取り調査を行う。(調査事業2における調査対象変更により調査事業3も聞き取り対象を拡大)

→ [変更]:障害福祉施設入所時支援事業を予定、活用している障害福祉サービス事業所に加え、精神保健福祉センター、保健所も対象とする。

④ 研修の予定について

<資料1のP11～P13参照>

2. 事務連絡

第2回企画検討会の予定:2009年12月7日(月) 17:30～19:30

第2回 企画検討会

1. 進捗状況の確認

(1) 第1次調査経過報告とレビュー

〈資料1-1、資料1-2参照〉

6か所の保護観察所（大阪府、和歌山県、愛知県、熊本県、新潟県）に10月19日～11月24日の約1か月の間に2名1組でヒアリング調査を行った。

* 地域処遇体制強化事業への取り組みがある地域とない地域での差異は見られなかった。

[重要ポイント]

- ・ 医療観察法はもとより精神保健福祉の底上げが必要
- ・ 行政、公的機関の主体的な関わりの重要性
- ・ 普及、啓発の必要(→偏見、差別の排除)
- ・ 資源、人員の確保と質の問題
- ・ 生活保護制度との連携の必要性
- ・ 処遇終了を見据えた ACT システムの必要性
- ・ 処遇終了を見据えた多機関連携の必要性

(2) 研修会の準備状況について

〈資料3参照〉

2. 協議事項

(1) 第2次調査について

〈資料2参照〉

(提案) 自治体の調査対象については、実態を掴むため主管部局より、むしろ取組みのある精神保健福祉センターとしたい。

(提案) 調査対象について、当初予定していた第1次調査を行った6か所に必ずしもヒアリングに行く必要があるのかどうか。

(案) 自治体関係：大阪府、和歌山、横浜、川崎→精神保健福祉センターでの取組がある
障害福祉サービス事業所：新潟、愛知、北海道(北見、帯広)の援護寮等居住系施設

* 調査1において「医療観察法地域処遇体制強化事業」への取り組み予定があるとした都道府県については、あらためて電話・メール等により事業内容を確認する。

(2) 報告書について

〈資料2-P8参照〉

3. 事務連絡

第3回企画検討会予定：2009年2月16日(火)

第3回 企画検討会

1. 事業取り組みの報告

(1)障害福祉サービス事業所へのヒアリング報告<資料1-2参照>

*生活訓練施設3か所、グループホーム3か所へのヒアリング調査を行った。

[ポイント]

- ・通常利用の受け入れと医療観察法対象者の受け入れの流れにおいて大きな違いはない。ただし、医療観察法対象者を受け入れる際には、ケア会議数、外泊訓練実施回数が多い。
- ・対象者を受け入れる以前に、本人との面識がある場合、また、社会復帰調整官との関わりがある場合には、受け入れに抵抗なく自然な流れで利用に繋がりやすい。
- ・指定入院医療機関の職員との信頼関係があつく、施設職員との関係が構築しにくい。
- ・指定医療機関が遠い。
- ・処遇終了後の支援体制について。
- ・生活の場の確保について。

(2)自治体(東京)へのヒアリング報告<資料1-3参照>

(3)研修の報告<研修資料参照>

2. 報告書

(1)報告書執筆者<資料2-2参照>

(2)社会復帰調整官及び障害福祉サービス事業所ヒアリング報告書イメージ案

<資料2-1参照>

[第5章(提言)についてのポイント]

- ・処遇終了後の支援体制について
 - ・指定通院医療機関が遠い
 - ・経済的な支援を何か考えられないか
 - ・継続的な医療、居住先(保証人)、マンパワーの確保
 - ・生活保護との兼ね合い
 - ・指定通院医療機関が遠方の場合の緊急対応を行う機関がどこになるのか
 - ・相談支援事業所をフローの中に位置づける
 - ・地域自立支援協議会にて医療観察法対象者について協議することを位置付ける
- *報告書作成にあたり、あくまで聞き取り調査から得た情報をまとめていくことにする。

3. 今後のスケジュール確認

企画検討会としては今回が最終。今後はメールのやり取りにてご意見を頂戴する。

■資料2 企画検討体制及び開催経過

1. 企画検討体制

① 企画検討会

座長	伊勢田 堯	代々木病院 精神科	東京都
構成員	稲村 義輝	法務省横浜保護観察所	神奈川県
構成員	上野 容子	東京家政大学人文学部教育福祉学科	東京都
構成員	金田一 正史	千葉県健康福祉部障害福祉課精神保健福祉推進室	千葉県
構成員	小池 尚志	相模原市保健所保健予防課南精神保健相談班	神奈川県
構成員	斉藤 正美	埼玉県立精神保健福祉センター	埼玉県

② 事業調整会議

構成員	竹中 秀彦	京ヶ峰岡田病院	愛知県
構成員	伊東 秀幸	田園調布学園大学	神奈川県
構成員	小関 清之	木の実町診療所	山形県
構成員	田村 綾子	日本精神保健福祉士協会	東京都
構成員	柏木 一恵	浅香山病院	大阪府
構成員	木下 了丞	飯塚病院	福岡県
構成員	廣江 仁	F & Y 境港	鳥取県
構成員	宮部 真弥子	脳と心の総合健康センター	富山県
構成員	宮本 浩司	加茂病院	兵庫県

③ 事務局

木太 直人	社団法人日本精神保健福祉士協会
大塚 淳子	社団法人日本精神保健福祉士協会
清水 美由紀	社団法人日本精神保健福祉士協会

【協力】

厚生労働省 社会・援護局 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

2. 委員会開催経過

① 事業調整会議

	開催日	開催場所
第1回	2009年5月17日	本協会事務局会議室

② 企画検討会

	開催日	開催場所
第1回	2009年9月30日	NATURAC会議室
第2回	2009年12月7日	NATURAC会議室
第3回	2010年2月16日	本協会事務局会議室

■資料3 聞き取り調査の協力者

本事業における聞き取り調査では、下記に掲げる方々にご多忙のなか時間を割いてご協力をいただいた。心より感謝の意を表したい。

※敬称略

1. 保護観察所・社会復帰調整官を対象とした聞き取り調査

横浜保護観察所	鶴見隆彦、藤丸妃佐子
新潟保護監査所	白戸雅美、大嶋昭太郎
名古屋保護観察所	下平真己、関谷紀裕
大阪保護観察所	野間恵子、川原実、小原理恵、市田晋也、栗栖新、竹原紀夫
和歌山保護観察所	山崎利起
熊本保護観察所	松本高成、竹下憂

ダブルマネジメントシステムに関する聞き取り調査

釧路保護観察所	江口義則
地域生活支援センター・ハート釧路	佐々木寛

2. 障害福祉サービス事業所等を対象とした聞き取り調査

医療法人豊和会 生活訓練施設ビブレ	中垣均、梅村仁志
社会福祉法人晴真会 米山自在館	柿村みさ子、 岡部正文（茨内地域生活支援センター）
社会福祉法人北の大地 サポートネット北見	曾根美保
生活訓練施設 桜の園	木村孝
十勝障害者サポートネット グループホームスカイコーポ	小栗静雄

3. 東京都及び兵庫県に対する聞き取り調査

東京都福祉保健局障害者施策推進部 精神保健・医療課医療係	吉田一郎、村上ひろ子
兵庫県障害保健福祉部障害福祉課精神医療係	岡田翼

この報告書は、厚生労働省の平成21年度障害者保健福祉推進事業の補助金を受けて作成いたしました。

心神喪失者等医療観察制度における
地域処遇体制基盤構築に関する調査研究事業

平成22(2010)年3月発行

発行： 社団法人日本精神保健福祉士協会
〒160-0015 東京都新宿区大京町23番地3
四谷オーキッドビル7階
TEL. 03-5366-3152
FAX. 03-5366-2993