

平成 20 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
地域処遇推進のための関係機関連携に
係る試行的実践事業 報告書**

平成 21 年 3 月

社団法人 日本精神保健福祉士協会

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3年9ヶ月が経過した現在、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課と厚生労働省社会・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、各都道府県の状況を見渡すと、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20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推進のための関係機関連携に係る試行的実践事業」を受託した。

本報告書は、円滑な連携体制の模索を目指し、都道府県における地域処遇の実態把握のために行ったケア会議・CPA会議や関係機関連絡協議会等の参加と関係機関へのヒアリング等を通じて得られた内容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れば幸いである。

平成21年3月吉日

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
地域処遇推進のための関係機関連携に係る試行的実践事業
報告書**

目 次

■第1章	はじめに	
1	本報告書の目的	1
2	フィールドスタディの実施方法	1
■第2章	医療観察法に基づく地域処遇の現状と課題	4
■第3章	医療観察制度における地域処遇の実際	
1	都道府県における地域処遇のシステム（東京都、千葉県）	6
1)	東京都における連携体制	6
2)	千葉県における連携体制	10
■第4章	本事業の取り組みから	
1	ケア会議等から見る地域ネットワークの実情と課題	13
1)	CPA会議	13
2)	ケア会議	20
2	地域関係機関へのヒアリングから見る地域ネットワークの実情と課題	25
3	本事業の取り組みから見えてきた課題	33
■第5章	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のあり方	35
■	研修会資料	39
■	資料	115
1	地域社会における処遇のガイドライン	115
2	本事業のフィールドスタディに係る協力機関・協力者	128
3	本事業における検討委員会委員	128
4	事務局担当者	129
5	執筆担当者	129

■第1章 はじめに

1 本報告書の目的

医療観察法が施行され3年9ヶ月が経過する中、医療観察法対象者の社会復帰の促進の観点から、入院処遇から通院処遇への円滑な移行や通院処遇（精神保健観察）中の地域支援体制の確保はますます重要な課題となっている。しかしながら、地域における支援システムは十分に機能しているとは言い難い。

このような状況を踏まえ、本事業は、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、そして指定通院医療機関施設等の連携の在り方について、フィールドスタディを通じて現状を把握し、円滑で効果的な連携システムの在り方を模索することを目的として実施した。

今回は、対象フィールドを東京都と千葉県との2か所に設定し、フィールドスタディを行ったが、その具体的な内容は以下の通りである。

- ① 都道府県内の地域処遇における精神保健福祉センターの役割と取り組みの実際に関する把握
- ② 必要に応じた小圏域におけるケア会議等へのオブザーバー参加による関係機関連携の把握
- ③ 保健所・市町村・福祉サービス事業所等担当者へのヒアリング

以上を踏まえたうえで、本報告書では地域処遇における現状の課題を抽出し、その解決のための方策と効果的な支援システム（地域関係機関連携システム）のあり方を提示した。

また本事業の一環として、フィールドワークにより得られた知見をもとに、地域処遇関係機関の従事者等を対象とした研修として「地域生活支援と連携のあり方～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～」を東京と京都において開催した。当日の講義内容等については資料編に掲載したので参考としていただきたい。

2 フィールドスタディの実施方法

(1)対象地域の選定

対象地域は、本事業の実施機関が短期であるため、関東地方から選定することとし、各都県への打診・調整を行ったうえで、東京都と千葉県の2地域とした。

(2)ケア会議・CPA会議及びネットワーク会議等への参加

対象地域である東京都及び千葉県内にある関係機関の協力を得て、下記の会議や研究会等にオブザーバーとして参加し、実際の機関連携がどのように行われているのかを調査した。

なお、ケア会議等の参加に当たっては、対象者の個人情報保護の観点から、会議・ヒアリング等の記録については個人を特定できない内容に留め、本報告書作成にあたっては保健所・障害福祉サービス事業者等と対象市区町村については、機関種別・職種以外はイニシャル等でマスキングすることとした。ただし、対象行為については、事例性が高くケア会議における機関連携の在り方にも深くかかわる事項であるため、事例ごとに記載することとした。

医療観察制度におけるケア会議は、「個々の対象者（入院医療を受けている者を含む）に対する地域社会における処遇の実施体制、実施状況等に関する情報の共有と処遇方針の統一を図るため、保護観察所が、指定通院医療機関、都道府県・市町村（その設置する保健所等の専門機関を含む。以下同じ）のほか、必要に応じ、精神障害者社会復帰施設等の関係機関の参加を得て主催する会議をいう。」と定義されている。

ケア会議へのオブザーバー参加については、東京保護観察所及び千葉保護観察所の協力により、事前に保護観察所より対象者の状況を勘案して参加に支障がないと思われる会議を選定してもらった形をとり、5事例のケア会議に陪席することができた。

② CPA会議

CPA（Care Program Approach）会議とは、指定入院医療機関が主催する病棟内の会議のことを意味している。同会議では退院後の通院医療の確保及び必要な地域支援体制の準備をするため、指定入院医療機関の治療課題と地域の環境調整の擦り合わせや課題の共有が図られる。また、指定入院医療機関に入院中の対象者に対するケア会議は、処遇の実施計画(案)の作成のために協議する場であることから、治療の進行状況に応じて指定入院医療機関が主催する病棟内会議（CPA会議）と、ケア会議を同時開催することが多くなっている。なお、CPA会議は必ずしも全国共通の名称ではなく、別の名称で同様の会議を開催している指定入院医療機関もある。

CPA会議のオブザーバー参加については、事前に指定入院医療機関の承諾を取ったうえで、5事例につき計6回の参加をすることができた。また、CPA会議とは別に、指定入院医療機関の治療評価会議と家族会プレ会議にもそれぞれ1回参加した。

③ ネットワーク会議等

対象地域における関係機関連携の状況を把握する目的で、下記のネットワーク会議及び協議会・研究会等に参加した。

- ▶ 平成20年度千葉県医療観察制度運営連絡協議会（2009年2月2日）
- ▶ 平成20年度東京都医療観察制度運営連絡協議会第2回専門部会（2009年1月20日）
- ▶ 東京都医療観察制度地域支援システム検討会（3所会）（2008年12月3日）
- ▶ 退院促進および地域ケア実現のための地域連携に関する研修会（第1回2008年12月5日、第2回2009年1月16日）
- ▶ 平成20年度関東信越ブロック精神保健福祉センター連絡協議会（2008年12月12日）
- ▶ 東京都・特別区精神保健福祉行政実務担当者業務連絡の集い（2008年12月18日）
- ▶ 司法精神保健福祉研究会（第36回2008年11月20日、第38回2009年1月15日）
- ▶ 第4回日本地方司法精神保健福祉研究大会（2009年2月28日）

(2) 聞き取り調査（ヒアリング）の実施

実際に対象者の地域処遇に関与している関係機関の担当者を対象に聞き取り調査（ヒアリング）

を実施した。調査の対象とした機関は下記のとおりである。なお、聞き取り調査の対象選定にあたっては、東京都立中部総合精神保健福祉センター、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、国立精神・神経センター病院（指定入院医療機関）から多くの情報をいただいた。

- 東京都立中部総合精神保健福祉センター（宿泊訓練科 2008年11月13日、広報援助課 2009年2月6日）
- 国立精神・神経センター病院（指定入院医療機関） 精神保健福祉士（2008年11月26日、2009年2月18日）
- 東京都多摩小平保健所保健対策課地域保健第一係 保健師（2009年1月14日）
- 長谷川病院（指定通院医療機関） 精神保健福祉士（2009年1月15日）
- 根岸病院（指定通院医療機関） 精神保健福祉士（2009年2月12日）
- 成田日赤病院（指定通院医療機関） 精神保健福祉士（2009年2月20日）
- 清瀬市役所障害福祉課 保健師（2009年1月22日）
- 千葉市保健所精神保健福祉課（2009年3月3日）
- 食工房ゆいのもり（昭島市） 施設長（2009年1月23日）
- 地域活動支援センターI型・たんぼぼセンター（柏市） 精神保健福祉士、相談支援専門員（2009年3月3日）

(3)ケア会議等及び聞き取り調査の取りまとめ並びに及び報告書の作成

以上のケア会議、CPA会議、ネットワーク会議等及び聞き取り調査の内容をとりまとめ、医療観察制度の地域処遇にかかわるすべての機関、職員、参考になるような知見を報告書として取りまとめた。

■第2章 医療観察法に基づく地域処遇の現状と課題

医療観察法(以下、「法」という。)に基づく地域処遇においては、1つの専門施設においてクローズドな空間で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ケア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、相互に連携しながら、法対象者の地域生活を支える仕組みとなっている。

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おり、これらが、病床不足の一因ともなっているところである。

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。

厚生労働省による新たな取り組みの実施

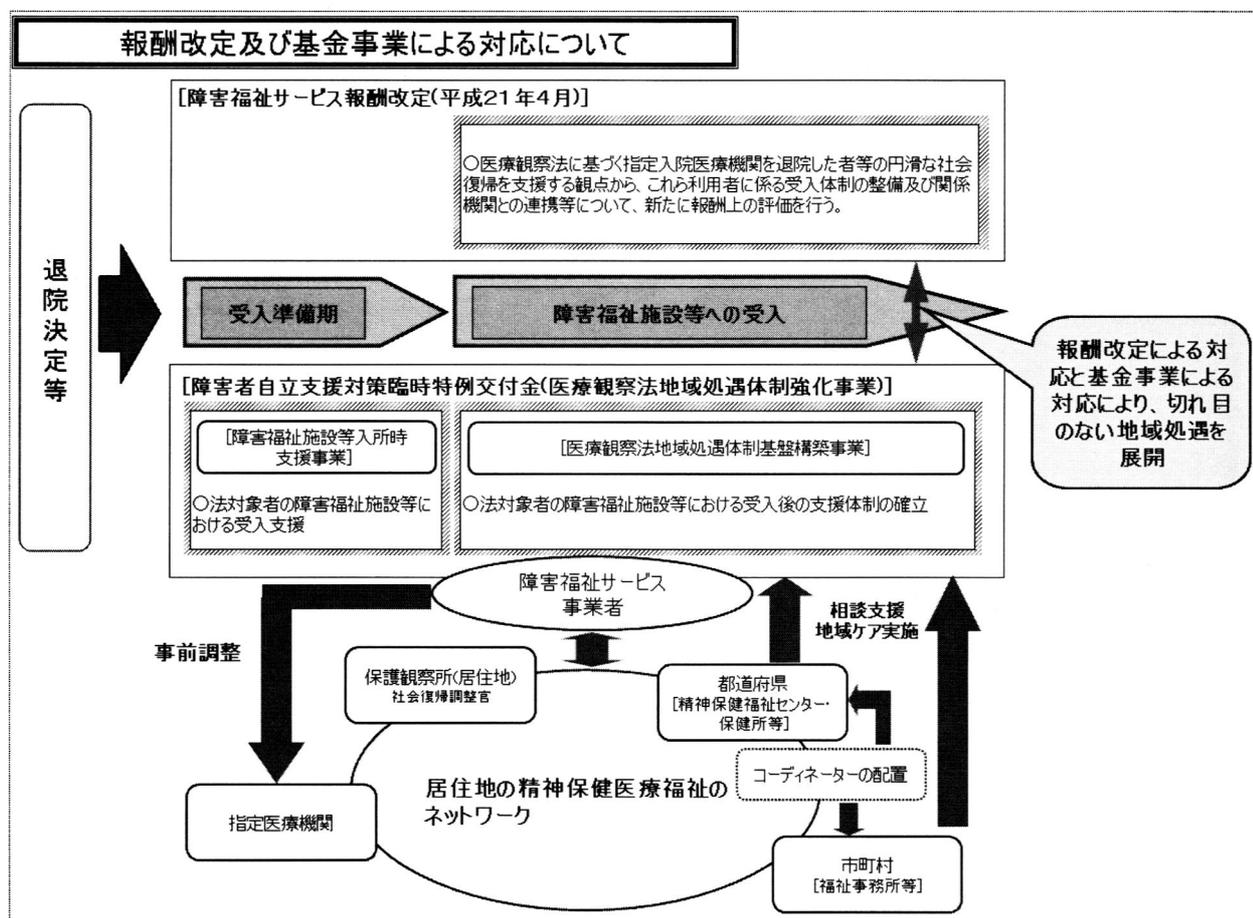
こうした課題に対応し、法の目的である社会復帰の促進に向けて、これまで、政策的対応が必ずしも十分ではなかった「法に基づく医療と地域における福祉をつなぐ新たな取り組み」として、障害福祉サービス報酬改定と障害者自立支援対策臨時特例交付金による事業が平成21年4月から実施されることとなった。

障害福祉サービス報酬改定については、ケアホーム、グループホーム、施設入所支援、宿泊型自律訓練において、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。

また、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、コーディネータ配置による相談支援等、が具体例として想定されており、それぞれ、10/10の補助割合で都道府県により実施されている。



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、臨床心理技術者や精神保健福祉士等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、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続き継続することとなるが、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、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を担う精神保健福祉士等の地域支援者の役割が大いに期待されているところである。

■第3章 医療観察制度における地域処遇の実際

この章では、本事業の対象フィールドとして設定した東京都と千葉県における医療観察制度上の地域処遇の実施概要について、本事業がフォーカシングしている地域内における関係機関連携の状況を中心に報告する。

なお、この報告は、東京都と千葉県における地域処遇実施体制には違いがあるものの、単純に2地域を比較することを目的としたものではない。都道府県自治体には、それまでの精神医療提供体制、保健サービス供給のあり方、地域における精神障害者の生活支援体制といった、地域特性を反映した独自の精神保健福祉システムが存在しており、当然ながら医療観察制度における地域処遇システムもその影響を色濃く受けている。

一方で、社会保障関連の法制度は、一部を除き全国統一の実施を前提としているのだが、これまでも都道府県による諸制度の運用の格差がしばしば問題とされてきた。障害者自立支援法制定の目的の一つは、都道府県・市町村自治体間の障害福祉サービスの格差是正にあった。それぞれの地域特性を生かしながらも、どこで暮らしても一定の質と量が担保されたサービスが提供されることが求められており、医療観察制度における地域処遇もまた然りである。

なお、平成17年7月14日には、「精神保健福祉センター運営要領」（健医発第57号）及び「保健所及び市町村における精神保健福祉業務について」（障発第01714004号）が一部改正され、医療観察制度の地域処遇における精神保健福祉センター、保健所及び市町村の役割として、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び監察等に関する法律（平成15年法第110号）による地域社会における地域社会における処遇については、保護観察所長が定める処遇の実施計画に基づき、精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる。」ことが追加されている。

1 都道府県における地域処遇システム（東京都、千葉県）

1) 東京都における連携体制

東京都の医療観察制度における地域処遇システムの最大の特徴は、他の地域には見られない重層的な支援システムの構築が図られていることである。

東京都の精神保健福祉行政の中枢を司る東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課は、国との窓口として、指定入院医療機関・指定通院医療機関・判定医や参与員等医療観察法に係わる体制整備・調整に加え、地域社会における処遇の統一かつ効果的な運用のために、地域における連絡体制の確保、地域処遇実施体制の支援、緊急時の体制整備などを行っている。

都の精神保健福祉センターは、23区のうち東部の13区と島しょ地域を担当する東京都立精神保健福祉センター、西部の10区を担当する東京都立中部総合精神保健福祉センター、そして多摩地域を担当する東京都立多摩総合精神保健福祉センターの3か所がある。地域処遇においては、保健所・区市町村が行う精神保健福祉サービスの援助を始め、医療観察制度において行われる地域精神保健福祉活動に関する業務の支援（技術援助・教育研修等）を行っている。また、各種専門相談、リハビリテーション機能（デイケア・宿泊訓練等）を生かし、対象者及び家族の支援を行い、地域の社

会資源としての役割を担っている。

都内の保健所は、都が設置する保健所が多摩地域と島しょ地域に7か所あり、特別区である23区にも各区に1か所設置されている（このほか保健所政令市として八王子市が平成19年度から保健所を設置している）。最大時には、都の保健所が18か所、区の保健所が53か所（合計71か所）であったが、地域保健法施行に伴い順次統廃合され現在の設置数となっている。

地域処遇における保健所の役割としては、地域精神保健福祉の立場で、対象者及び家族等からの相談・訪問指導等の地域ケアを行う。また、地域住民の相談窓口としてその対応を行い、多摩地域の保健所は市町村と協力して行う。緊急的な介入が必要な場合には、精神保健福祉法に基づく医療の確保（緊急時医療を含む精神科救急医療）を都精神保健・医療課と協力して行うこととされている。

また、区市町村主管課（障害福祉課、その他）は、障害福祉サービスの利用窓口であり、サービスの相談支援を行うとともに、必要に応じてサービスのあっせん・調整を行う。多摩地域においては、保健所と協力して地域住民からの相談の窓口としてその対応を行うこととされている。

このような重層的な支援システムの構築には、下記の通り医療観察制度に係る協議会や諸会議が設定されることで、地域処遇が円滑に機能していくための潤滑剤として作用している。

【関係会議・研究会等】

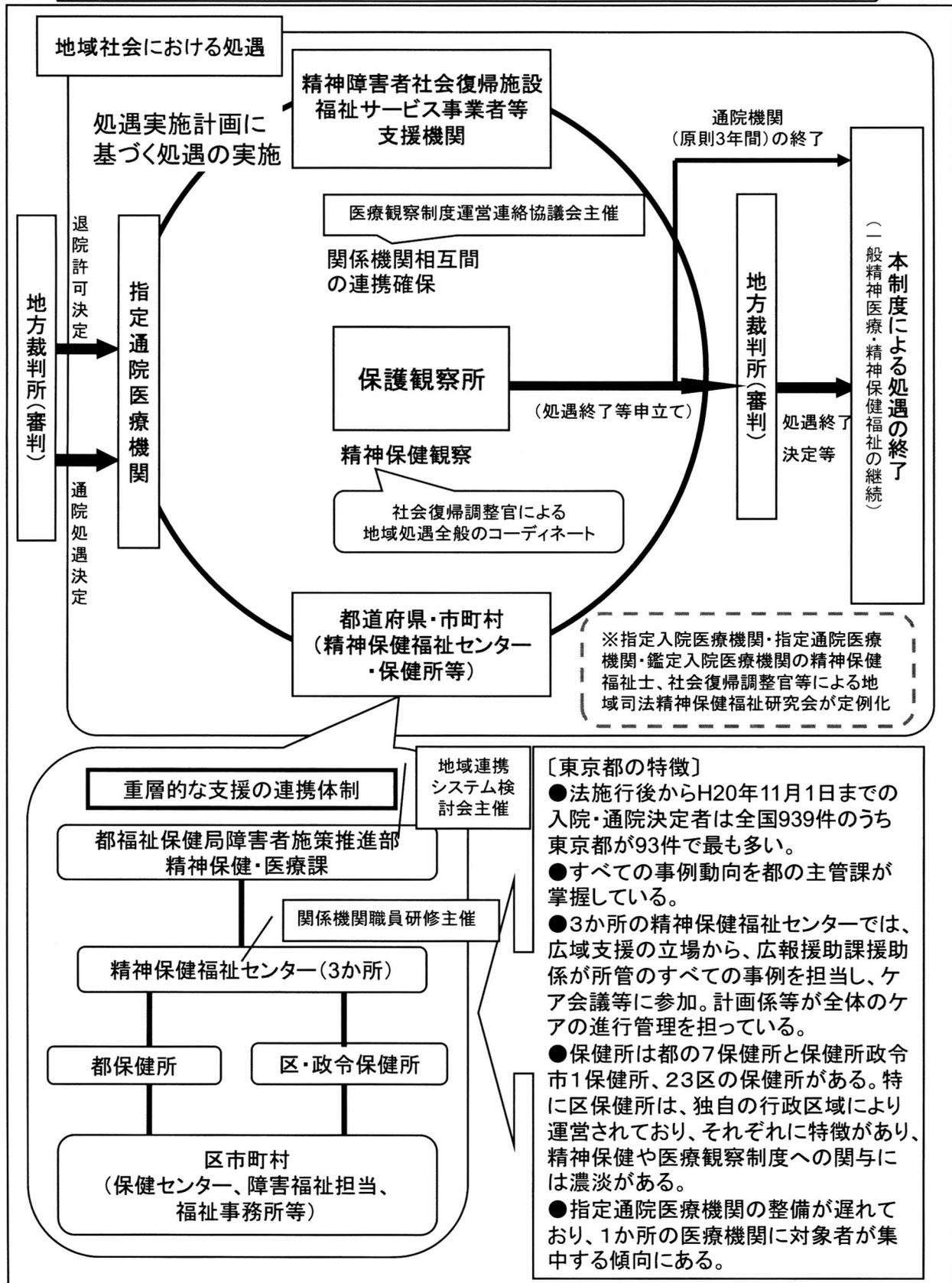
- 東京都心神喪失者等医療観察制度運営連絡協議会（保護観察所主催、年1回開催）

〔協議会構成機関・団体〕

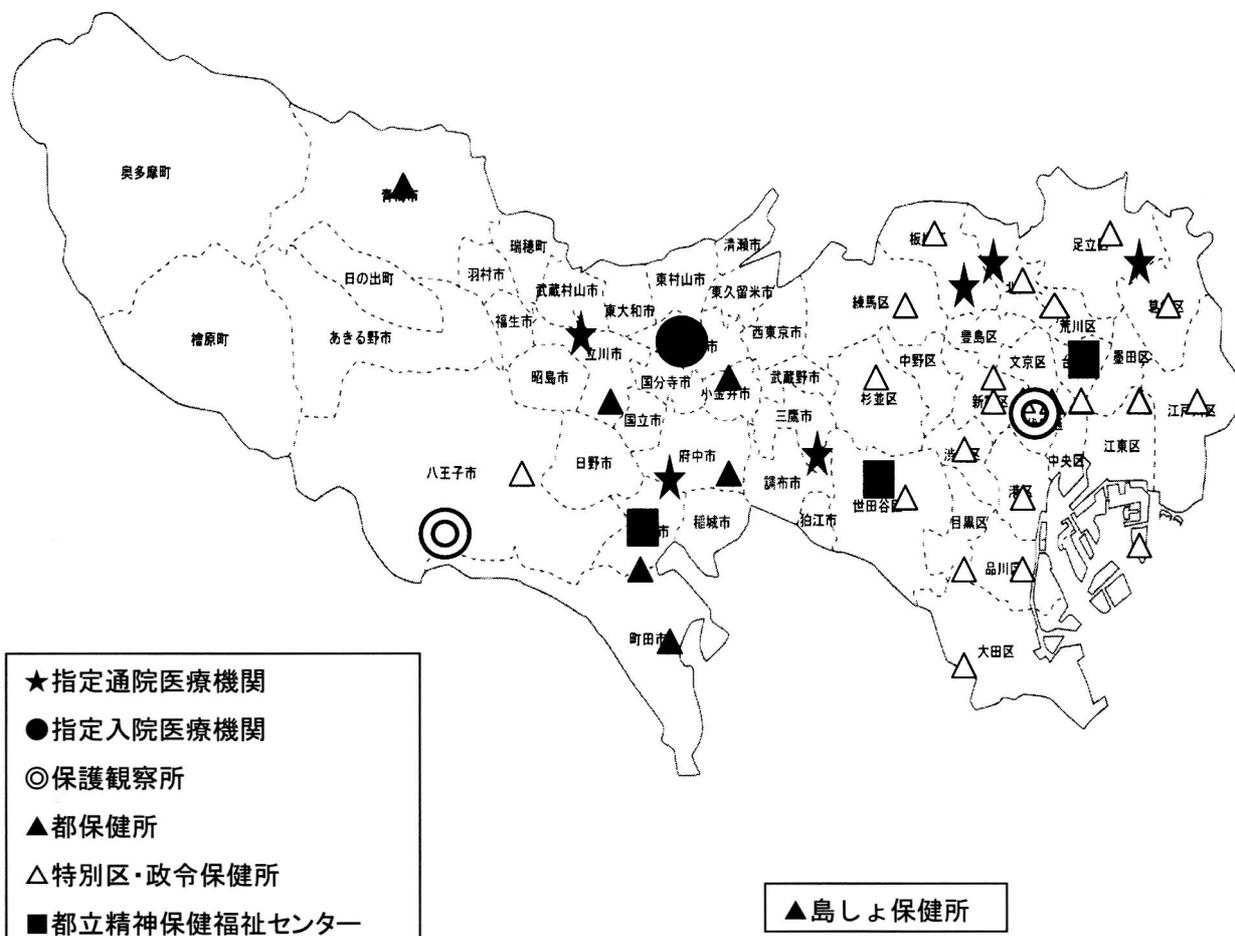
東京都立松沢病院（医療観察病棟設置計画）、国立精神・神経センター武蔵病院（指定入院入院医療機関）、警視庁生活安全部生活安全総務課、東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課、東京都立中部総合精神保健福祉センター、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、東京都立精神保健福祉センター、東京都保健所長会、特別区保健衛生主管部長会（兼23区保健所長会代表）、東京都市福祉保健主管部長会、東京精神科病院協会、東京都精神保健福祉民間団体協議会、東京都社会福祉協議会、東京保護観察所、外部委員：東京地方裁判所、関東信越厚生局

- 同協議会専門部会（保護観察所主催、年2回開催）
- 東京都心神喪失者等医療観察制度地域システム検討会（精神保健・医療課主催）
- 精神保健福祉センター医療観察制度ケース検討会
- 精神保健福祉センター業務連絡会
- 地域司法精神保健福祉研究会

図 東京都における医療観察制度上の地域処遇システム



東京都における医療観察制度関係機関マップ



〔東京都における医療観察制度関係機関の状況〕

- 保護観察所：東京保護観察所（23区及び島しょ地域管轄）と八王子支所（多摩地域管轄）の2か所
- 精神保健福祉センター：都立精神保健福祉センター（東部13区及び島しょ地域担当）、中部総合精神保健福祉センター（西部10区担当）、多摩総合精神保健福祉センター（多摩地域担当）の3か所。中部と
- 保健所：23区内は特別区として各区に保健所が設置されている。多摩地域及び島しょ地域に7か所の都の保健所がある。また、八王子市は政令保健所市として保健所を設置。
- 指定入院医療機関：国立精神・神経センター病院が1か所のみ。入院決定件数が多く、全国の医療機関に分散して入院している状況がある。都立松沢病院が建設準備中。
- 指定通院医療機関：都内で6か所指定されているが、指定状況は全国的に最も遅れている地域の一つとなっている。対象者の通院時の負担、ケア会議実施時の関係機関職員の移動時間の負担など大きな課題となっている。

2)千葉県における連携体制

千葉県は、面積が東京都の 2.35 倍であり、人口約 617 万人のうち政令市の千葉市を含む、船橋市、松戸市、市川市、柏市、市原市といった人口規模の大きい市を抱え、6 市で人口の過半数を超える状況となっている。

千葉県は、比較的早い時期から保健所に専任の精神保健福祉相談員を配置し、地域の精神保健福祉相談を展開してきたこと、また、全国に先駆けて精神科救急医療の中核機関である千葉県精神科医療センターを設置し、現在まで全国の精神科救急医療のモデル的存在として機能しており、連動して県内の精神科救急医療システムも進んでいることが精神保健福祉システムの特徴となっている。

医療観察制度における地域処遇は、千葉保護観察所が主催する医療観察制度運営連絡協議会を中心に、千葉県精神保健福祉センターが県の保健所を対象とした連絡会を開催し技術支援を行っている。全般的には、保護観察所の社会復帰調整官が対象者の処遇を通して、個別のネットワークづくりに腐心している状況が伺える。

[関係会議・研究会等]

○ 千葉県心神喪失者等医療観察制度運営連絡協議会（保護観察所主催、年 1 回開催）

〔協議会構成機関・団体〕

千葉保護観察所、千葉県健康福祉部障害福祉課、千葉県精神保健福祉センター、千葉県保健所
所長会、千葉県保健所地域保健福祉課長会、千葉県精神保健福祉相談員会、千葉市保健福祉局
高齢障害部障害者自立支援課、千葉市保健所、千葉市こころの健康センター、船橋市保健所、
柏市保健所、千葉県精神科医療センター（鑑定医療機関、指定通院医療機関）、下総精神医療
センター（指定入院医療機関）、日本精神科病院協会千葉県支部、千葉県精神障害者自立支援
事業協会、千葉県社会福祉協議会、千葉県警察本部、千葉県弁護士会、千葉地方裁判所、オブ
ザーバー：千葉地方検察庁

千葉県における医療観察制度関係機関マップ



〔千葉県における医療観察制度関係機関の状況〕

- 保護観察所：千葉保護観察所が1か所設置され、3名の社会復帰調整官が配置されている。
- 精神保健福祉センター：千葉県精神保健福祉センターと千葉市（政令市）のこころの健康センターが設置されている。
- 保健所：県の保健所は13か所設置されている。このほか、政令市保健所として千葉市保健所、中核市保健所として船橋市保健所、柏市保健所がある。
- 指定入院医療機関：国立病院機構下総精神医療センターが1か所指定されている。平成21年2月1日現在で全27人中9人が他地域の指定入院医療機関に入院している。
- 指定通院医療機関：県内で13か所が指定されている。人口比から見ると指定箇所数は低いものの、地域的には比較的分散して配置されている。このうち、平成21年2月1日現在で、対象者の通院医療を提供しているのは8か所である。

■第4章 本事業の取り組みから

1 ケア会議等から見る地域ネットワークの実情と課題

今回のケア会議等への参加に当たっては、東京都と千葉県の保護観察所及び関係機関の承諾を得た後、社会復帰調整官等に病状等の影響を考慮して、日常の支援者チームメンバーではない本事業関係者がケア会議に陪席することの許可が得られそうな事例を紹介してもらい、当事者、家族等会議の構成メンバーの了承を得て参加させていただいたことに先ず感謝を述べたい。

1) CPA会議

CPA会議への参加状況であるが、指定入院医療機関の協力を得てオブザーバーとして6回参加した。

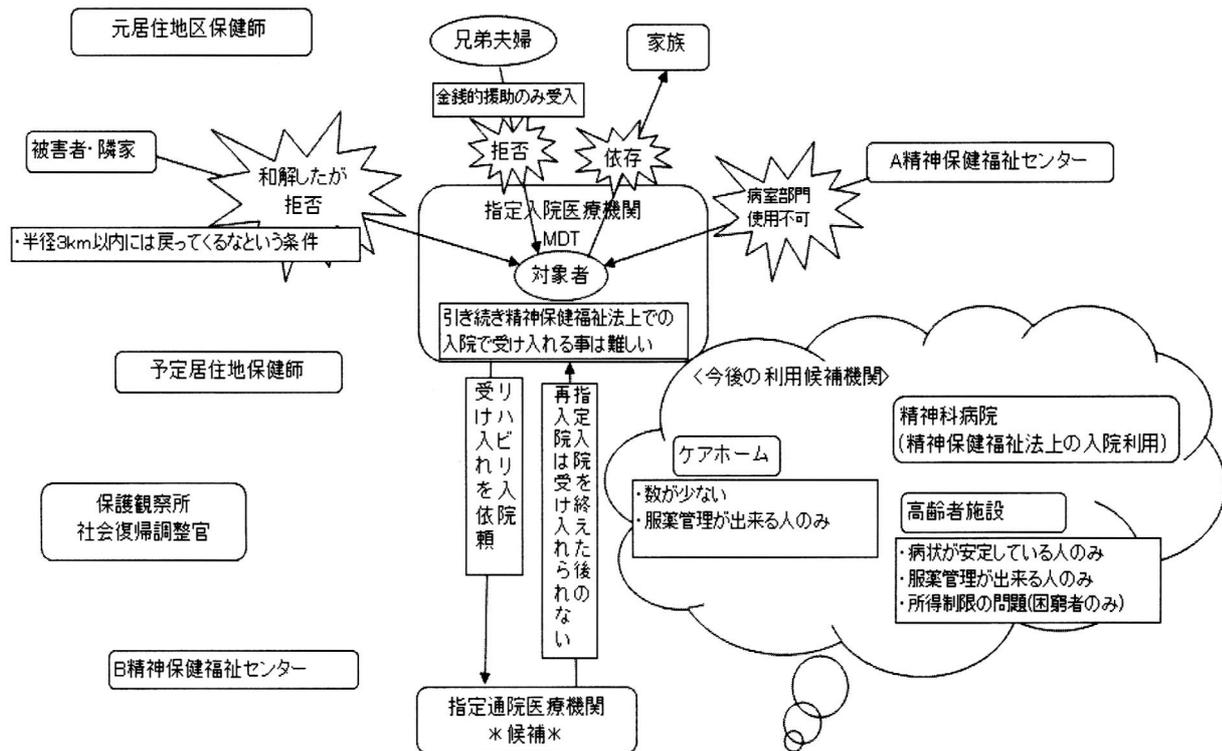
CPA (Care Program Approach) 会議は、指定入院医療機関において、本人、家族、病棟多職種チーム (MDT : Multi Disciplinary Team)、社会復帰調整官、退院予定地の関係機関等が参加する退院調整・地域支援調整のための会議である (医療機関によって名称が異なる)。

CPA会議は3ヶ月ごとに継続的に行われており、本来ならば全てのCPA会議に出席し、その中から課題を抽出することが理想であるが、本事業が半年弱という短い実施期間であること、また、単発的な会議への参加となったことから、出席した回のCPA会議からの課題抽出に留めている。

参加したCPA会議の構成と概況については以下のとおり、性別、年代、病名、対象行為、治療歴の有無について表記しているが、テーマについては、CPA会議に出席した私どもが、その時の会議内容から付したものである。また、対象者のおかれている治療ステージは主に社会復帰期であった。

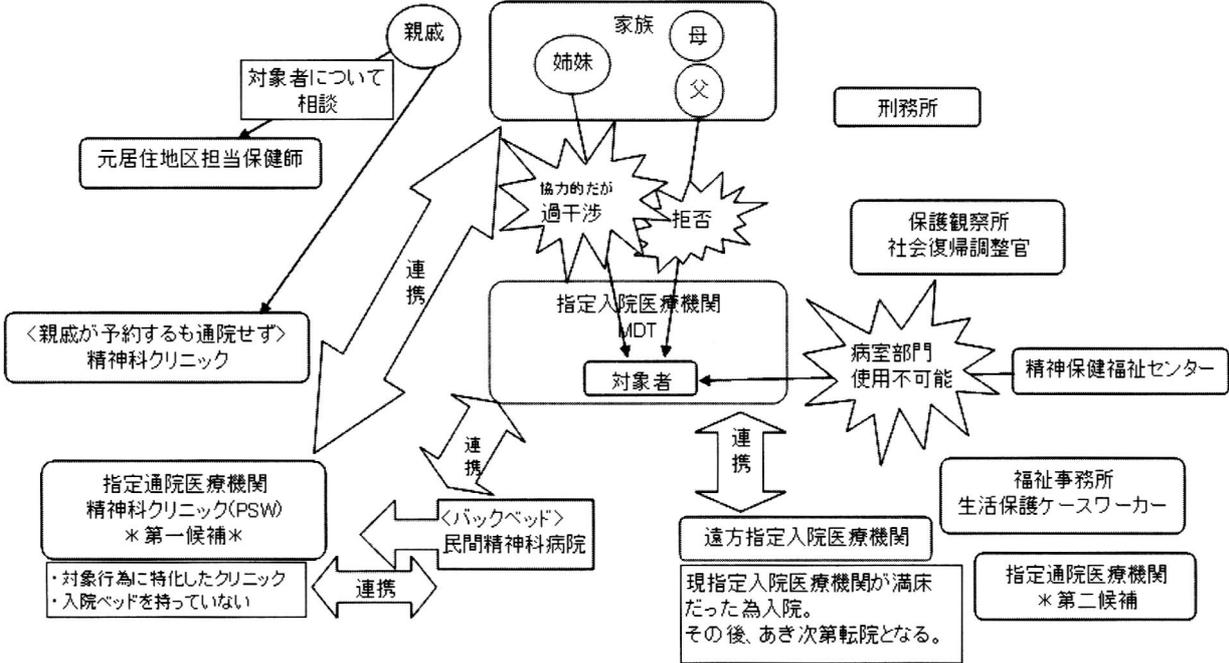
C P A 会議 A 退院後の居住先の確保と生活能力向上について				
【性別】	【年代】	【病名】	【対象行為】	【治療歴】
男	60代	統合失調症	殺人	無し
【会議参加者】 対象者 指定入院医療機関(Dr、Ns、PSW(2)、CP、OT) 指定通院医療機関(Dr、PSW) 社会復帰調整官 A 精神保健福祉センター B 精神保健福祉センター 予定居住地の区 PHN 居住地の区 PHN			【今後利用予定の資源】 ・ケアホーム ・養護老人ホーム ・精神保健福祉法上の入院	

C P A 会議 A で挙げられた開催時点での課題は以下のとおりであった。1 点目としては、服薬管理能力および相談能力の向上、ということであり、2 点目としては、居住先の調整である。被害者家族は対象者が戻ってくることを拒否している上に、対象者家族の受け入れも難しい状況であった。対象者が単身生活を未経験である点と、母親への依存の高さからも、退院後の単身生活への不安が懸念された。そのため、生活能力をつけるために、入所施設利用の調整を行うも、入所基準の高さ、対応困難予測、行政判断等により、困難となる。次に、通院予定先への精神保健福祉法による入院を検討したが叶わなかった。そのため、3 点目として、生活能力向上のために精神保健福祉法任意入院を受け入れてくれる他の医療機関探しをする方向となった。4 点目として、任意入院後、施設利用後の地域生活支援と家族サポートが長期目標として挙げられたケースである。



CPA会議B 居住先の確保と日中生活の場について				
【性別】 男	【年代】 40代	【病名】 覚醒剤精神病	【対象行為】 傷害	【治療歴】 無し
【会議参加者】 対象者 指定入院医療機関(Dr、Ns、PSW、CP) 指定通院医療機関(PSW) 社会復帰調整官 精神保健福祉センター 元居住地区 PHN 元居住地生保 CW 家族(姉妹)			【今後利用予定の資源】 ・ウィクリーマンション (外泊訓練)	

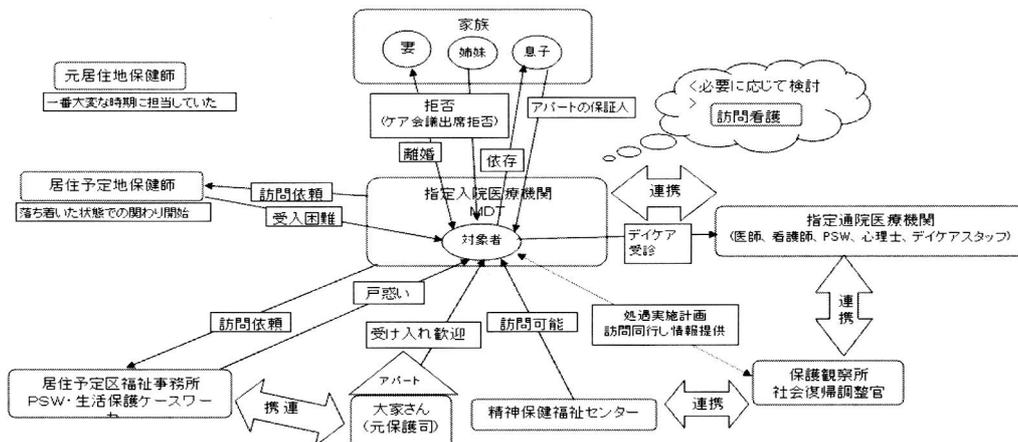
このCPA会議で挙げられた課題は、以下の5点であった。1点目としては、かなりの累犯歴があるということである。2点目としては、居住先の調整である。対象者と同居していた家族が被害者であり、再同居を拒否しているという現状から、公設の援護寮等を検討するが、短期間限定の利用しかできないこと、アクセスの問題等から、利用へと繋がらなかった。そのため、家族内での支援者である姉妹の生活圏と通院先との間に居住資源を調整確保する方針となる。また、宿泊体験の必要性が挙げられ、ウィクリーマンション利用を検討することになる。3点目として、アルコール治療を必要とする対象者を引き受けられる指定通院医療機関が診療所であったため、必要時に入院を受け入れてくれる精神科病院の確保の調整が必要となった。この点については、精神保健福祉法上で通常連携していたネットワークが存在していたため、クリアできる可能性が高いと判明した。4点目としては、対象者のスリップ防止のために、地域処遇中の日中活動の場、資源、そして支援を診療所以外に確保する必要性がでてきた。5点目としては、居住地域の移行に伴う新支援関係者との関係作りが必要である、ということである。



CPA会議 C 対象者の孤独対策、指定通院医療機関への支援チーム変更、関係機関調整				
【性別】	【年代】	【病名】	【対象行為】	【治療歴】
男	60代	統合失調症	放火	無し
【会議参加者】 [CPA 会議 C-1] 対象者 指定入院医療機関 (Dr、Ns(2)、PSW(2)、CP) 指定通院医療機関(PSW) 社会復帰調整官 精神保健福祉センター 予定居住地生保 CW(2) 予定居住地福祉事務所 PSW 区 PHN(2)		[CPA 会議 C-2] 対象者 指定入院医療機関 (Ns、PSW(2)) 指定通院医療機関 (Dr、Ns、PSW、CP、DCS t) 社会復帰調整官 精神保健福祉センター 居住地生保 CW(2) 区 PHN(2)		【今後利用予定の資源】 ・訪問看護

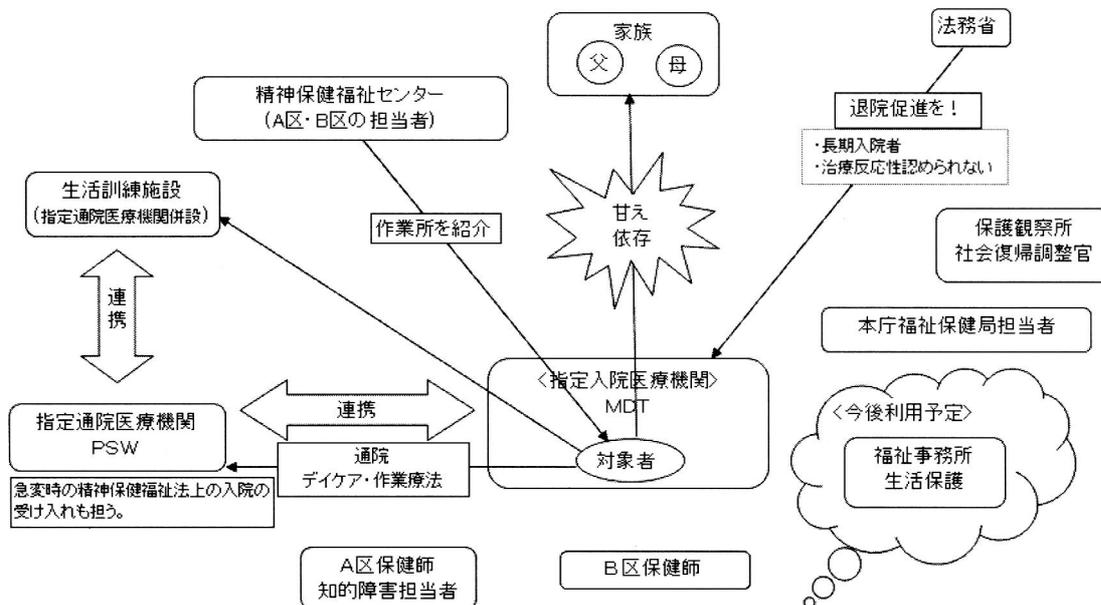
このCPA会議で挙げられた課題は以下の8点であった。1点目に、対象行為による自宅喪失の結果、家族は本人受入拒否と共に離散生活となっており、そのため対象者の新しい居住資源の確保が必要となった。結果として、元保護司が大家をしている物件を確保することになる。2点目としては、対象者が信頼関係構築に難しさを持っており、所管保健所の移管と地域処遇へ移る際のチーム変更には難しさがある、という点である。3点目としては、医療観察法処遇終了後の治療動機がなく、訪問看護も拒否をしている、という点である。4点目として、生活保護受給生活への抵抗、5点目として、刑事事件扱いにならないことへの本人の戸惑いが挙げられる。6点目は、処遇終了後の地域生活支援について、対象者の現状から地域処遇に移行することの判断が難しくなってきた、という点である。7点目として、家賃の支払い方法をめぐり、浪費を懸念するため大家への振り込みを希望する本人と、本人への手渡しにより月に一度は福祉事務所ケースワーカーの面会を希望する大家との意向のずれに生活保護ケースワーカーの消耗大となったことである。8点目に、保健師が医療観察法対象者ケアへの業務負担感を大きく感じているという点が挙げられる。この事例では、社会復帰調整官と精神保健福祉センターが連携し、訪問支援の補佐をすることになった。

2回目に参加した会議(C-2)では、退院予定が決まり、CPA会議を指定通院医療機関主催で行う予定であったが、課題が多く、指定入院医療機関が主催して行われたという経緯がある。



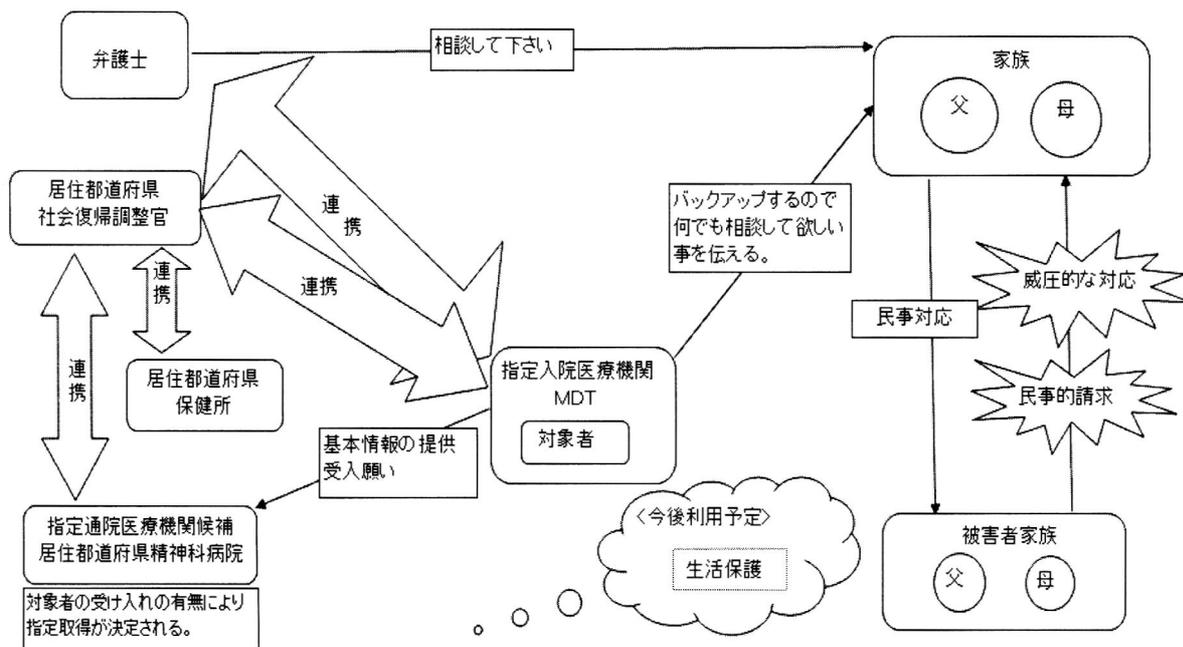
CPA会議D 退院後の受け入れ先の最終調整と入所後のリスクマネジメントについて				
【性別】	【年代】	【病名】	【対象行為】	【治療歴】
男	20代	統合失調症	強制わいせつ	あり
【会議参加者】 対象者 家族(両親) 指定入院医療機関(Dr、Ns(2)、PSW、CP、OT) 指定通院医療機関(PSW(2)) 社会復帰調整官 精神保健福祉センター A区PHN B区PHN・知的障害担当 生保CW 指定通院医療機関併設生活訓練施設(施設長) 本庁福祉保健局担当者			【今後利用予定の資源】 ・生活保護 ・生活訓練施設	

このCPA会議で挙げられた課題は以下の6点である。1点目に挙げられたのが、対象行為に関する支援プログラムが入院医療機関においても地域処遇においても提供可能な機関が不足しており、受け入れ先の調整の難しさである。2点目に、他疾患の合併、重複障害があり、生活能力はじめ支援課題が多いということである。また、3点目としては、両親への依存が強く、関係者としては分離の方向性を模索している、という点である。4点目には、指定通院医療機関併設の生活訓練施設への入所は決まっているが、日中活動の場探しが必要であることが挙げられた。ここでは、近接する2区の資源調査が行われた。5点目に、生活訓練施設入所後のリスクマネジメントや、その施設を出た後の行き先の検討が必要とされた。6点目には、日中活動の場において近接住民との兼ね合いでリスクマネジメントが課題として挙げられた。



CPA会議 E 遠隔地への退院支援にかかわる課題調整				
【性別】 男	【年代】 不明	【病名】 統合失調症	【対象行為】 殺人	【治療歴】 不明
【会議参加者】 対象者 家族(両親) 指定入院医療機関(Dr、Ns(2)、PSW、CP) 居住都道府県社会復帰調整官 居住都道府県指定通院医療機関(指定になる予定)PSW 居住都道府県保健所 弁護士(指定入院医療機関倫理委員会委員)			【今後利用予定の資源】 ・生活保護	

このCPA会議で挙げられた課題は、1点目としては、対象者は回復期の症状であるが、通院処遇への移行可能性をみるための外泊訓練の必要があり、社会復帰期に移行した、という点である。2点目は、通院先になるであろう精神科病院は、指定をとる予定とはいえ、未指定段階であり、対象者が通院可能であるか否かにより指定を取るのかを検討する段階である、ということである。3点目には、両親が被害者家族への民事訴訟への対応で精一杯で、対象者の居住資源確保の金策が困難であり、生活保護受給の検討をされるが、遠隔地に入院中の為、受給可能性を検討する必要がある、ということである。4点目は、家族が指定入院医療機関の担当看護師に個別に相談していた辛さを初めて CPA 会議で報告したことである。それにより、弁護士が CPA 会議に加わり、保護者責任等についてアドバイスをすることになった。5点目としては、地域処遇に移行した場合の日中活動の場や交友関係、生活支援についての課題共有が必要であるという点である。



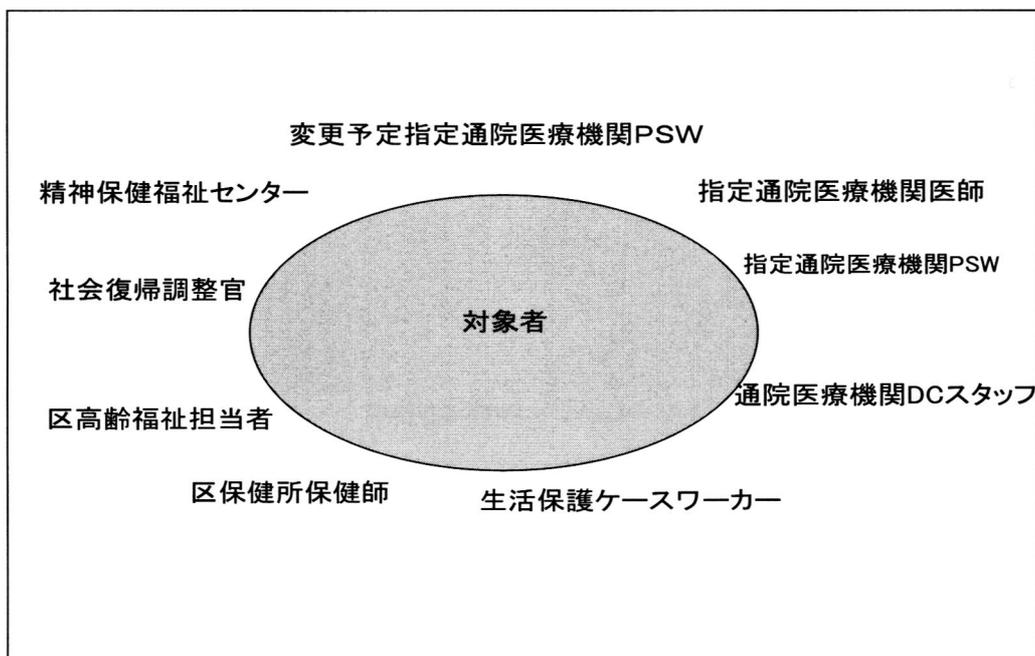
以上の事例から、それぞれの事例性はあるものの、共通する課題について記しておく。

まず、対象者が対象行為に至った際、治療を受けていないケースが多かった。治療中断によるものと、元々対象行為に至るまで未治療であったケースがあるが、いずれも状態を崩しての行為と言える。つまり、日頃の精神保健福祉相談等に関する諸機関の地域内活動やネットワークの脆弱さが露呈しているとも言える。また、指定入院医療機関に入院中は多職種による手厚いケアがなされる為、対象者の生活能力の低さや家族への依存の高さが大きな問題となるのは、地域処遇に移行する際、そして、処遇終了を迎える際である。さらに、対象行為によっては支援プログラムが不足している状況も見えてきた。対象行為に特化したプログラムがない中で、民間の病院や施設がいかに“責任”という言葉に大きな不安を抱えながら現状と向き合っているのかを垣間見ることができた。また、被害者やその家族も忘れてはならない存在であると考ええる。

2) ケア会議

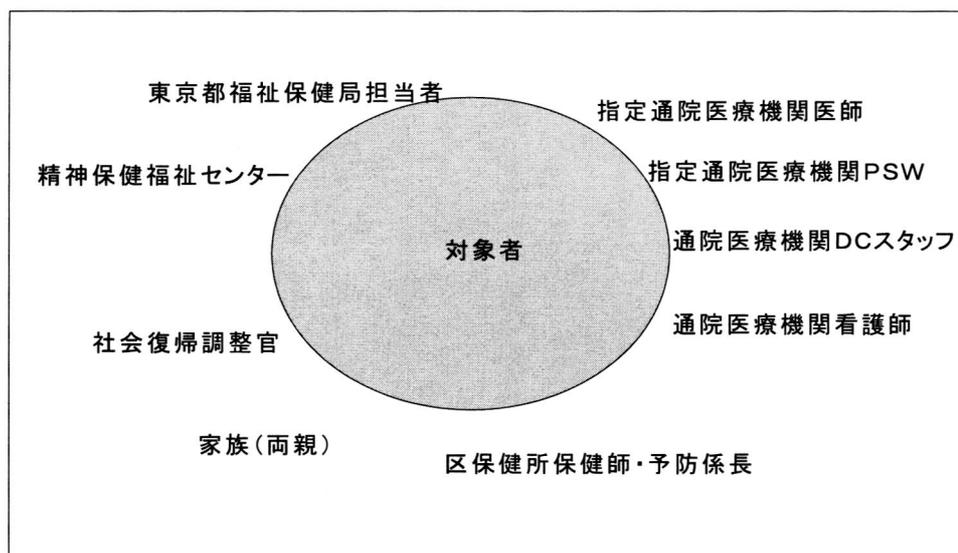
本事業では、2008年11月から2009年2月の3ヶ月間に東京都と千葉県の5事例に関するケア会議に事業担当者として陪席することができた。以下にそのケア会議の参加者を図にしたものを並べ、それぞれのケア会議の概況を記す。

ケア会議A【受け入れ先の調整が課題となっている高齢対象者のケア会議】



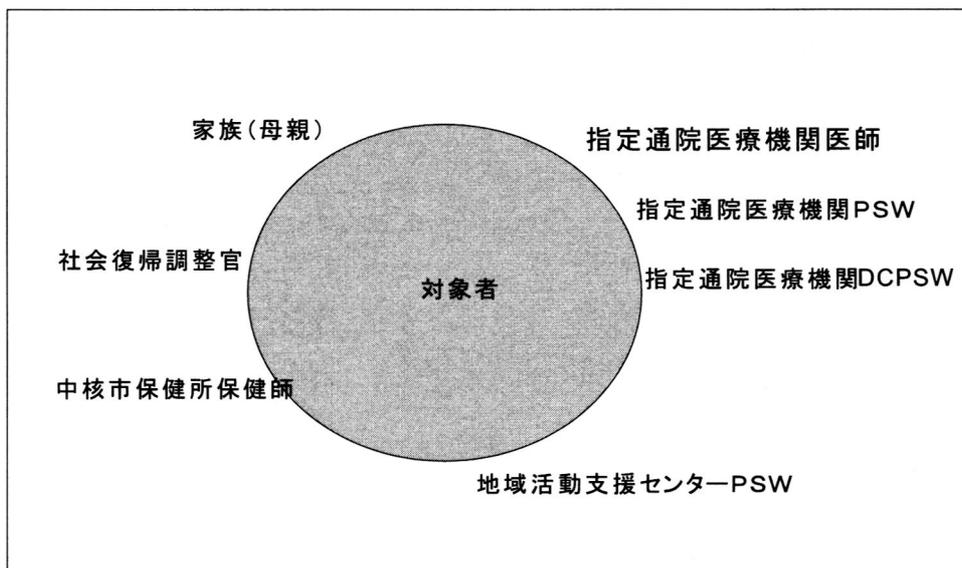
ケア会議Aは、ダイレクト通院の処遇決定対象者で既に2年4ヵ月の通院期間が経過している段階のケア会議であった。当該対象者は、対象行為に至る以前に治療歴がある者で、措置入院、医療保護入院、刑務所入所歴の多さなどが特徴に挙げられる。施設入所中の対象行為により施設の継続利用が困難となり、同様の施設に転入所して、通院処遇を受ける状況にある。事件後に転入所した更生保護施設にも利用期限があり、居住の場の確保が本ケア会議での大きな焦点の課題であった。高齢であることや対応困難であるとの理由で検討の候補となった養護老人ホーム等は受入拒否をされ、ケアホーム等は空きがない上に高齢である為、入居困難との判断がなされていた。本人のアパート単身生活希望に対して、困難ではないかという支援者の意見があったが、居住資源や各種居住権資源が受け入れ難を示す状況から、単身生活しか検討の余地がないとされるなど、関係者の見立てが不統一となり、施設探しと単身生活支援の方向で意見が割れることとなった。また、現在の入所施設および生活保護所管地区を中心に考えた際に、指定通院医療機関へのアクセスが遠く継続的医療確保のために指定通院医療機関の変更方針が確認された。この間、通院同行支援をしていた生活保護ケースワーカーの同行継続が困難となる可能性が高いことも確認された。併せて、日中活動支援の検討が必要とされ、高齢である為、介護保険の申請を要することの確認が為された。

ケア会議B【支援目標に関するチームの合意形成が課題のケア会議】



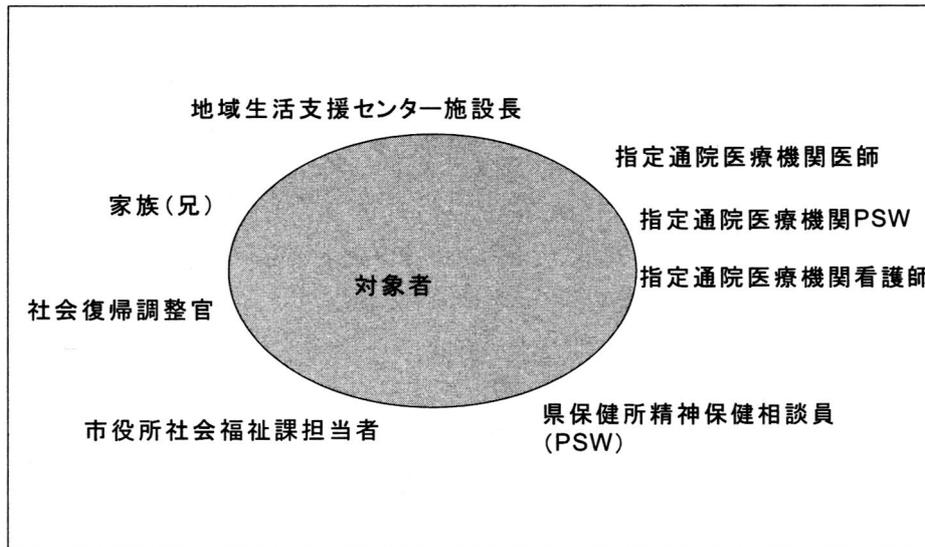
ケア会議Bは、地域処遇開始から6ヵ月の通院期間が経過した段階のケア会議であった。対象行為以前に治療歴のある者である。この者は対象行為により自宅を喪失し、指定入院医療機関を退院後、都の援護寮に1ヵ月間入所した後、単身アパート生活を送っている。対象者と同居していた家族も、事件により新しい居住の場を確保しなければならず、現段階で転々としながら調整中という状況があるものの、対象者との関係は継続をしている。対象者の支援計画において就労支援が目標となり、そのために生活リズムを整えることを目指しデイケアを利用しているが、徐々に利用日数を増やしたことで、むしろ生活のリズムが乱れはじめたことが観察された。このことにより、支援目標の修正を検討することとなり、関係者間による支援課題のプラン作成にずれが生じたが、結果的には対象者のペースを尊重する方向で修正された。しかし、このことで、支援チームのモチベーションがやや下がる結果となった。ケア会議開催が、年末を迎える時期だったので、年末年始を迎えるにあたってのリスクマネジメントの確認も行われた。

ケア会議C【地域生活支援機関のスムーズな移行が課題となったケア会議】



ケア会議Cは、ダイレクト通院の処遇決定対象者で既に2年2ヶ月の通院期間が経過しているであり、10回目を数えるものであった。対象者は以前に精神科治療歴がありながら、治療中断に伴う症状悪化により対象行為に至っている。同居生活者である母親は、対象者の事件等によって不安等を抱き、老人性の精神科疾患の発症が認められ、対象者と通院をともにしている。対象行為は自宅から離れた地域で起き、居住の場を変更する程に事件の影響はなかったが、居住物件が古くなり移動の必要が生じ、前回会議から本会議までの間に、母親が物件探しを行い転居を果たしていた。この転居により、居住環境が以前より良好となり、生活状況も好転を示してきていることが確認できた。また母親の診断結果から生活保護費に障害者加算が2人分支給されることとなり、経済的にも少し余裕が生まれたことが対象者の生活に影響していることも確認された。ダイレクト通院であり、入院治療プログラムを受けていないことによる疾病理解の不足について、前回会議までに確認されていたが、通院医療機関のDCプログラムに疾病知識取得に役立つ心理教育プログラムがあり、利用開始後の効果が現れ始めていることの確認もなされた。一方で、順調な地域処遇を経過しているが、医療機関のDCに利用年限が設定されたことで、今後の日中活動の場としては、週2回半日で利用開始まもない地域活動支援センターに徐々に拠点を移していくことが検討された。この通所利用の昼食代などがやや負担であることから工夫について検討された。また、現在は保健所の予防担当係が保護観察所からの要請でケア会議開催までの間に生活状況の確認訪問に入っているが、処遇終了した際には、少し重なりながらも、障害福祉課に引き継ぎたいという方向性が示された。処遇終了時には、医療機関は変えないものの、訪問看護は医療機関からは遠く利用困難であり、地域活動支援センター中心の支援体制になりそうとのことであった。ケアマネジメントおよび支援体制のコーディネート役については社会復帰調整官に代わる存在を地域活動支援センターが相談支援事業所に託す方向があがったが、一機関にウエイトが高くなることの心配が懸念されもした。次回のケア会議が処遇終了の見極めとなる予定である。

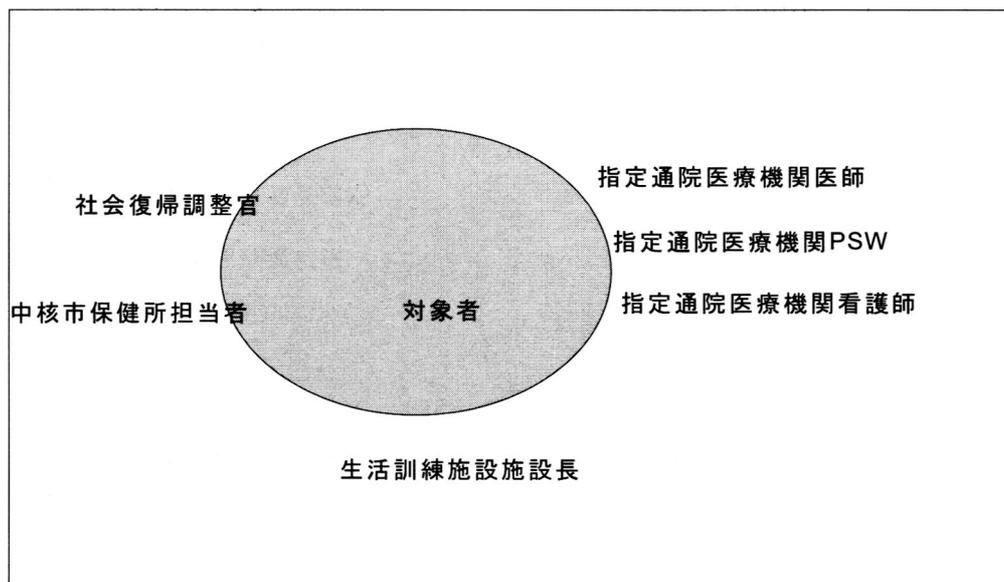
ケア会議D【地域内社会資源が乏しい圏域での支援に関するケア会議】



ケア会議 D は対象行為以前に治療歴が複数の医療機関にある者で、治療中断による病状悪化により対象行為に至っている。通院処遇になって 5 回目のケア会議である。対象行為によって同居の家族を失い、現在は兄弟がキーパーソンとして支えている。指定入院医療機関での薬物治療の効果があまり上がらず、改善の限界から早い時期での退院申し立てがあった事例である。が、通院医療機関からのもう少し病状改善に尽くしてほしいという要望を受けて、入院治療を継続したものの、やはり通院処遇開始時点において未だ陽性症状が顕著に見られる方であり、通院治療および地域処遇においては難しさを抱えていることがわかるケア会議の内容であった。対象者は処遇終了時には通院や服薬をしなくても済むようになると考えている旨の発言を時折しているという。

支援体制は、外来通院のほかに、通院医療機関からの訪問看護を 3 週に 1 回、加えて市のホームヘルプサービスも家事援助の目的外に日常生活観察のために週 1 回利用というものであった。しかし、対象者にホームヘルプサービス利用の動機が乏しく、ヘルパーが自宅訪問しても開錠されないなど、実際のサービス提供が難しく、また対象者との折り合いもよくないため、事業所も対応に苦慮し市役所に訴えている現状が確認された。実際、家事援助の清掃は自宅内が清潔に保持されており支援の必要性がないことなどから、本ケア会議で、利用中止が確認された。その結果、日常生活観察が手薄になることの懸念があり、訪問看護回数を増やすこと、支援者の増加を図るために、保健所と市役所の担当者にも訪問支援の要請があがるが、いずれも広域対象の行政機関であり、マンパワー不足が否めず、なかなか支援調整に困難を抱える状況の中、それぞれがケア会議までの間の訪問支援を提供することとなった。また、今後の利用を視野に、通院医療機関がある市内の地域生活支援センターからもスタッフが会議に参加していたが、現段階では通所利用がないために、訪問等の支援者となる調整は行わなかった。実際に訪問支援を考える際に、本事例の精神保健福祉圏域はかなり広域となり、アクセス面と資源数の乏しさからすると厳しいことが課題として認識された。

ケア会議E【地域内社会資源が乏しく通院医療機関から遠方の事例のケア会議】



ケア会議 E は、対象行為以前に治療歴があり、治療中断により病状悪化から対象行為に至った事例である。入院処遇を経て公営の生活訓練施設入所を伴い、通院処遇に切り替わり、毎月の開催で 5 回目となるケア会議であった。対象行為により自宅を喪失しており、同居していた家族は関係は継続するものの再同居を拒んでおり、対象者もそのことを自覚しており、将来的には実家のある地域と通院医療機関との間くらいの地域で単身アパート生活をしたいと希望している。単身生活を目指し、生活能力や病状のコントロールの力を身につけるために生活訓練施設を 2~3 年利用する計画は確認されている。家族間の支援キーパーソンが交替してきていることの確認がなされた。

対象者が苦手とする対人関係能力についても生活訓練施設のスタッフの見守りと相談援助をうまく利用しつつ向上していることが確認された。日中活動の場としては、入所している生活訓練施設のプログラムを利用しているが、いずれ時期を見て通院医療機関の DC の利用を検討する方向も確認された。しかし、生活訓練施設と通院医療機関の距離が遠いことが課題である。また、将来的な支援体制としては、現在ケア会議に参加している中核市の保健所から担当者がケア会議の間に訪問支援をしているが、当該保健所は本来救急対応や措置入院者等の業務が中心で、個別支援業務を担当する者を置かない機能となっているため、処遇終了時のことを考えると、少しずつ、圏域の保健福祉センターの担当者に引継いでいく必要も課題としてある。処遇終了後の地域保健福祉体制におけるケアコーディネートが、通院医療機関の PSW に負担となりそうな懸念がある。

2 地域関係機関へのヒアリングから見る地域ネットワークの実情と課題

関係機関へのヒアリングの実施状況は次のようになっている。精神保健福祉センターの広報援助課担当者2名、宿泊訓練科担当者1名、保健所精神保健担当者4名、市町村障害福祉課精神保健福祉担当者1名、地域の障害福祉サービス事業所職員4名、指定通院医療機関の精神保健福祉士2名、指定入院医療機関の精神保健福祉士2名を対象にヒアリングを行った。ヒアリングさせて頂いた時間は、概ね1時間程度であったが、2時間以上に及ぶものがあった。

関係者機関処遇担当者等へのヒアリング調査の内容は以下の通りである。

- (1)地域内における関係機関連携に係るネットワーク会議等の有無と有ればその具体的な内容。
- (2)1のネットワーク会議がある場合、医療観察制度上の地域処遇連携もその俎上に乗っているか。
- (3)医療観察制度上の地域処遇において機関連携がうまくいっている場合に、その要因として考えられる点。
- (4)医療観察制度上の地域処遇において機関連携に困難がある場合に、その要因として考えられる点。
- (5)医療観察制度上の地域処遇において困難を感じている点。
- (6)調査対象者が考える医療観察制度上の連携システム、資源、対象者への支援技術等の改善点・工夫点等。
- (7)所管地域における精神保健福祉サービスの整備状況。

ヒアリングを行う際の留意事項として、ヒアリングの目的は関係機関連携の在り方に焦点を当てるため、調査の中で知り得た個人情報については基本的に記録に残さないこととし、事例を通じて浮かび上がった課題を中心に報告書を作成した。また、調査対象とする機関については、精神保健福祉センター等と相談・協議のうえ選定を行った。以下、ヒアリングから見えてきた点をまとめた。

【精神保健福祉センターへのヒアリング】

- 1) 指定通院医療機関での治療が順調であると、医療機関が処遇全体の軸となり、また社会復帰調整官が全経過を通じてコーディネーターとして関わることによって、関係機関の連携が円滑に進む。
- 2) 各機関がそれぞれの役割を果たし、的確な情報交換を密に行っていることが大切である。
- 3) 機関連携が円滑に進む条件としては、①入院処遇を経てる場合は機関同士がCPA・ケア会議を通して関係作りをする、②従来から機関連携がうまくいっている、③対象行為以前から治療歴や社会復帰施設等利用歴を有するなど関係機関が対象者に関わっている、④また当然のことながら、インフラや支援体制が整備されている地域のほうが、処遇調整も容易である、といったことが挙げられる。
さらに入院処遇を経たケースのほうが、CPA・ケア会議を通じ、機関連携が構築されていることもあり、地域支援ネットワークがよく機能している。
- 4) 逆に、機関連携が円滑に進まない要因は、①当初から通院処遇の場合、②医療観察法の対象者となる以前に治療歴や社会復帰施設等利用歴がないケース、③通常 of 地域精

神保健福祉ネットワークのシステムがうまく機能していない、などが挙げられる。

今後、地域支援ネットワークの構築に向けた特段の配慮が必要なことが推認された。

- 5) 処遇課程における住居確保の難しさ、指定通院医療機関に限られることによる通院アクセシビリティの問題等が大きな課題として認められた。
- 6) 各関係機関の所管業務を相互が掌握したうえで、地域支援ネットワークの構築を進めていくことが、地域処遇の円滑な展開には必須のことであり、とりわけ機関連携の調整において社会復帰調整官が担う役割の重要性が再認された。

上記のことから、連携関係を築くには、日々のネットワーク作りがとても大切になり、それぞれの機関が役割意識を持つことで、何処に相談をしていくべきなのかが明確になり、業務分担もし易くなることが予想される。

【保健所へのヒアリング】

- 1) ヒアリングを行った地域では、平成14年の精神保健業務の一部市町村移行が行われるまでは、精神保健福祉活動は保健所が中心に担っていたため、市町村移譲にあたっては、事務的な処理だけでなく相談技術の継承を行うように配慮してきた。しかし、訪問や相談の技術は簡単には伝えにくく、まだまだ重なったかわりや、必要に応じて東京都の保健師が体験してきたことを伝え続けることが必要である。特に市町村や個々の保健師によって、業務の中で体験してきたことなども違い、技術や経験の差は大きく異なる。また、市町村の精神保健福祉の担当窓口配属される保健師も、新人であったり、先輩の経験を見る機会がなかったり、自信のなさや不安を抱えている保健師も多い。
- 2) CPA・ケア会議で他機関、他職種と顔なじみになっておくことは、その後のケアの展開にとって大切である。保健所は、所管の各市と連携するために、市の窓口担当者や担当保健師が担っている業務の現状や自治体としての精神保健福祉への取り組みの歴史を把握したうえで、個々の状況にあった連携体制を作りそれぞれの機能を生かしたかわりを持つように工夫している。
- 3) 定期的開催されるケア会議では、精神保健福祉センターの担当者や社会復帰調整官が、個別対象者について市の保健師と保健所等の業務や役割の分担について調整をしているため、それぞれの役割が明確となり機関連携がスムーズに行われるという利点がある。
- 4) ケア会議における課題としては、市町村によっては、医療観察制度の概要やケア会議の開催意義を十分理解できないまま担当保健師が会議に出席することがあり、そうした場合には何のために自分がケア会議に出ているのかが不明確なため、担当する業務に対する取り組み姿勢が消極的となりがちであることが挙げられる。
- 5) 連携を行う際の課題として、地域処遇における市町村の保健師と保健所で業務を分けていることにより密接な連絡・情報交換が必要なこと、また、対象者によっては、指定通院医療機関や入所施設等の関係機関が広域におよぶため連携の難しさがある。また、各市町村、個々の担当者によって、それぞれの考え方が異なり、その辺を上手にサポートしながら、市町村の保健師に繋いでいくことも課題として挙げられる。

上記のことから、社会復帰調整官は当初から処遇の終了を見据えて、本人や家族の力を高めると同時に、地域の関係者の支援状況を把握し、誰に何を引き継いでいくのかを視野に入れたコーディネートを行い、非常に良いパイプ役を担っていることが分かる。しかし、処遇終了後に、社会復帰調整官が担っていたパイプ役をどのように、また、どの機関に繋

いでいくのかが大きな課題であると言える。また、関係者の役割意識を高めていく必要があるようだ。

【市町村障害福祉担当者へのヒアリング】

- 1) ヒアリング先は小規模自治体（人口7万人）であるだけに、従来から精神保健福祉のネットワークは顔が見える関係となっており、特に、市内の障害福祉サービス事業所と市は二人三脚で取り組んできた。
- 2) 従来から障害者が多く住んでいる地域のため、住民も障害者を自然に受け入れている。
- 3) 対象者が元々通院していたところが指定通院医療機関となり、継続した医療ケアが確保されている。
- 4) CPA会議において入院中から退院後の対象者フォローの確認が出来る仕組みは有効である。
- 5) 精神保健福祉センターが関与していることで、さまざまな情報がもらえ、活用しうる資源について選択肢を提示してくれ、困ったときには相談に乗ってくれる。
- 6) 社会復帰調整官がうまくコーディネートしてくれており、その役割は大きい。
- 7) 医療観察法上のケアが手厚くされている反面、そのエネルギー、時間、人を少し地域活動支援センター等に分けられたら、医療観察法対象者以外の人のケアも豊かになるのではないか、ということである。
- 8) 退院してから、どう本人が再発しないように支援していくのかは、地域のネットワーク(地区担当保健師・作業所・指定通院医療機関等)の力である、ということが挙げられた。
- 9) CPA、ケア会議に出席する時間が保障されない所もあり、自分の時間を使つての参加となる場合がある(例：地域活動支援センター職員)。

上記のことから、自治体によって医療観察法への関与が消極的になるのには、それなりの理由があることが見えてきた。支援に消極的にならざるおえない原因、例えば、マンパワー不足の問題、責任の所在の問題、バックアップ体制の問題、会議等への参加保障の問題等の解消を考える必要があるようだ。

【市町村障害福祉サービス事業所へのヒアリング】

- 1) 市の担当者と民間施設で年に数回、事例検討会を行っている事、また、相談支援事業所と市の障害福祉課との連絡会がある。現場レベルでのネットワークは出来ているが、市としては財政上からやや後ろ向きの姿勢を感じる。
- 2) 対象者に対して、日中の支援は授産施設が担当し、市と精神保健福祉センターの保健師がローテーションを組んで訪問して、役割を分担しており、いろいろな機関がかかわって対象者の生活を見守っていることは施設にとっても安心感がある。
- 3) 処遇終了後も、市の保健師の訪問が継続されている。
- 4) 現在施設にいる対象者の受け入れ時には、責任の所在に関して地元自治体と協議した。
- 5) 医療観察制度が特化すればするほど、周辺の精神保健福祉の貧困が際立つ。
- 6) 民間事業所は、何か起きたときには施設の存続自体が危うくなるという難しさを持っている。
- 7) 対象者の医療には金が出るが、福祉には特別に金が出ないという矛盾。
- 8) 今後対象者を受け入れる際の不安は相当あり、引き受け可能かどうかは、対象者の対

象行為や病歴を書類上だけではなく、実際に本人に会って見ないと判断できず、どれだけ地元、自治体、保護観察所、医療、精神保健福祉センター等がチームとして責任を持っているのかが、キーポイントになっていく。医療観察法の対象者や処遇困難なケースの地域の受入のためには、きめ細やかなサービスを継続的に行う必要があり、その方の地域生活を支える支援者(社会復帰調整官と同等な密度での関わりを持てる者)がおり、その方の諸費用を国が負担する等の方法がなければ、24時間体制の地域主体の本人と周囲の平穏を保つことは難しいのではないかと。

上記のことから、精神保健福祉センター等の公的機関を利用し、保護観察所、福祉事務所、指定医療機関、保健所、グループホーム、生活訓練施設、作業所など、医療観察法に関係する機関を一同に集め、定期的な勉強会、関係作りの場となるような機会が広域でも一定圏域内でもできると良い。また、ヒアリングをしていく中で、地域の民間施設は、まだまだ医療観察制度にかかわっていない場合が多いことが分かった。

【指定通院医療機関へのヒアリング】

- 1) 司法精神医療福祉研究会（入院指定医療機関、通院指定医療機関、鑑定入院医療機関の精神保健福祉士と社会復帰調整官等で構成される研究会）のような場があることで、問題・課題の共有ができ、相談できる関係づくり、ネットワークの広がりを可能としている。
- 2) 他の業務をたくさん抱えながら、医療観察制度の対象者だけに特別な時間をかけていることに矛盾を感じる。
- 3) 指定入院医療機関と比較して指定通院医療機関への経済的保証が少ない。
- 4) ケア会議は、専門職が時間を割いて集まっているので、ただの報告会とならないよう有効な場となるようにすべきである。
- 5) マンパワーがない状況の中で、会議に押しつぶされてしまっている状況がある。
- 6) 社会復帰調整官のスキルの違いにより、連携がうまくいく場合と、うまくいかない場合がある（コーディネート力の違い）。
- 7) 地域の関係機関がまだまだ医療観察法の認識や学習が出来ていない場合が多いため、対象者を受け入れるには、まだまだ学習が必要である。

上記のことから、司法精神医療福祉研究会のような勉強会、情報交換の場が、新たなネットワークの構築に繋がり、ここから始まる関係が、医療観察制度における連携に役に立っていることが分かる。また、連携においては、地域として、これまで精神保健福祉やそのネットワーク作りに関係者がどのように関わってきたのかが大きく関係している。

【指定入院医療機関へのヒアリング】

- 1) 国、都道府県、市区町村など行政機関が主催して行う会議から医療・保健・福祉担当者会議、医療観察関連の研修会、地域住民との意見交換会など、重層的で多面的な情報共有、問題解決のシステムの必要性である。CPA 会議のように、個別の対象者ごとに関係機関を調整し退院後の地域でのケア計画を作成することに特化した会議も非常に重要である。
しかし、医療観察制度自体は、新しい制度であるため、各関係機関に戸惑いも多く、また、制度の運用についても、各関係機関で模索していきながら進めていかなければならない状況にある。このような状況のため、制度を円滑に運営していくためには、このような重層的で多面的な情報共有、問題解決のシステムの必要がしばらくの間は必要と思われる。
- 2) CPA 会議自体にケア計画の決定機能を持たせていることである。そして、決定事項の変更についても、必ず CPA 会議に諮ることとし、指定入院医療機関、保護観察所、地域の関係機関が、それぞれの都合のみで、安易に変更できない枠組みを取り入れた。そのため、CPA 会議で決められた内容については、信頼性、透明性が非常に高くなる。また、対象者も含め関係者に、ケア計画の進捗状況、経過等がわかりやすくなった。このようなケア会議の運営方法については、一般の精神医療・福祉分野のケア会議でも、重要なことではあるが、特に対象者の退院調整が困難となりやすく、また、ケア計画に多くの関係機関が関わる CPA 会議においては、非常に重要な原則となっている。
- 3) 退院初期から対象者や家族とともに地域関係機関が、CPA 会議に参加することで、退院後の地域ケア計画に地域事情考慮した、より具体的、現実的なケア計画を作成していくことができる。
- 4) 指定入院医療機関と保護観察所、退院予定地域の関係機関との間に、医療観察制度についての理解、対象者の病状・障害程度の認識、退院支援のモチベーションについて齟齬があると、ケア会議における支援目標が一致しづらく、退院調整自体に困難を感じることがある。
- 5) 民間の居住系サービスの受け入れがなかなか進まない状況がある中、公的な宿泊訓練施設での円滑な受け入れが必要である。
- 6) 指定通院医療機関が少なく、距離的な問題など、社会復帰支援を考えても対象者に不利益となっている現状である。
- 7) 地域の支援者側に医療観察制度と対象者に対する偏見、誤解が根強いことであり、まずは、このことの解消が急務である。
- 8) 法施行3年を経て、指定入院医療機関から対象者の退院が、大きく増加している。しかし、これからも引き続き指定入院医療機関には、CPA 会議などを通して、きめ細かなケアマネジメントを行っていくことが求められているため、指定入院医療機関の精神保健福祉士の負担は、増加している。また、指定入院医療機関の精神保健福祉士には、病棟でのプログラムや対象者への福祉制度等の援助の他に、前述した各関係会議への出席、地方裁判所との調整等、退院予定地域への出張を伴うケア会議への出席なども増えてきている。そのため、指定入院医療機関の精神保健福祉士の業務は、近年、増加の一途をたどっており、指定入院医療機関における精神保健福祉士の配置基準内での業務量としては、限界にきている。

上記のことから、現在のネットワークは、丁寧な CPA 会議等から確立されてきたものであるが、今後、対象者の増加により、現在と同様に会議に時間を割くことが厳しくなっ

てくる事が予想される。そのため、連携の仕方や、ネットワークの構築のあり方の検討が求められてくる。

以上が、地域関係者へのヒアリングから見る地域処遇連携の実情と課題である。
これらのヒアリング内容をカテゴリー別に分けたものが以下の表である。

【地域処遇において機関連携がうまくいっている場合、その要因として考えられる点】

- ・ 医療の保障（＝軸）
- ・ 各機関の役割の明確化
- ・ 的確な情報交換の必要性
- ・ 社会復帰調整官の見守り体制と雰囲気（＝連携がスムーズにいく）
- ・ 入院処遇を経てから地域処遇に入っていること（ネットワーク構築がしやすい）
- ・ 精神保健福祉法上での関わり、機関連携があること
- ・ 他機関、他職種と顔なじみになっておくこと
- ・ コーディネート役が明確であること
- ・ 会議が連携の際の役割確認の場となっている
- ・ 精神保健福祉のネットワークが顔の見える関係であること
- ・ 地域性（従来から障害者が多く住んでいる所は自然と受け入れやすい）
- ・ 継続した医療ケアの確保
- ・ C P A会議において一貫した対象者フォローの確認ができること
- ・ 行政の関与
- ・ 処遇終了後の関係機関の関わりがあること
- ・ 問題・課題の共有ができる場の確保
- ・ 関係者が相談し合える場の確保（＝ネットワークの広がり）
- ・ C P A会議の信頼性の高さ
- ・ 医療観察制度に特化したネットワーク会議があること（地域住民～専門機関）
- ・ C P A会議において法への理解を深められる
- ・ C P A会議参加における関係性の構築

【地域処遇において機関連携に困難がある場合、その要因として考えられる点】

- ・ 医療観察法の対象者となる以前に治療歴がない人
- ・ ダイレクト通院処遇の場合
- ・ 精神保健福祉法上の連携が困難である場合
- ・ 業務分担化による困難（市の保健師と保健所）
- ・ 関係者が広域に及ぶ場合
- ・ 技術、考え方の伝授の際の困難
- ・ 各市、各担当の考え方の相違
- ・ 役割認識ができていない際の会議等への参加動機の低下
- ・ 社会復帰調整官のコーディネート力の違い
- ・ 関係者等の持つスティグマ（→受け入れ困難）
- ・ 医療機関、地域、家族等のモチベーションが不一致である時
- ・ 入院医療の終了と地域の受け入れ態勢との齟齬など

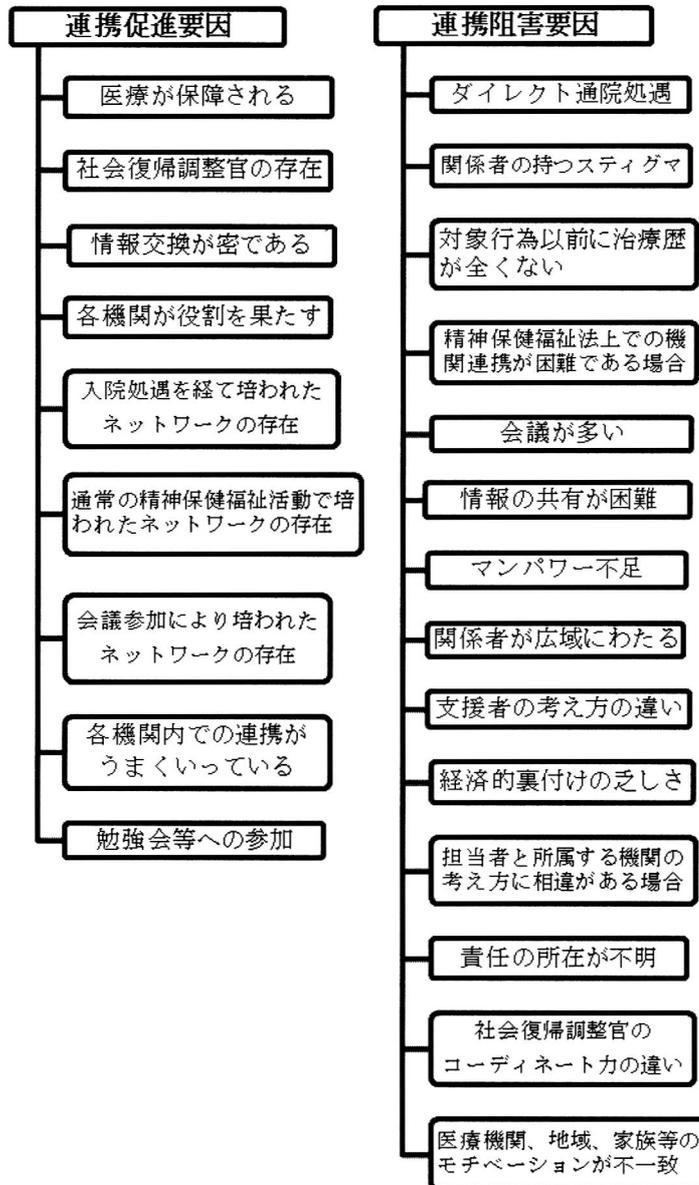
【地域処遇における困難】

- ・ 居住確保
- ・ 通院先が遠方の場合
- ・ 精神保健業務の経験不足
- ・ 市ごとの取組の格差
- ・ CPA、ケア会議出席への時間の保障が無い
- ・ 財政上の問題
- ・ 責任の所在
- ・ 問題発生時における施設存続の危機
- ・ 医療と福祉の資金的矛盾
- ・ 経済的裏づけの乏しさ
- ・ 業務過多（既存業務＋医療観察法業務）
- ・ マンパワー不足
- ・ 会議量の多さ
- ・ 指定通院医療機関が少ない
- ・ 関係者の持つスティグマ

【今後、期待すること】

- ・ 医療観察法のイメージ転換を
- ・ 地域のネットワークの強化
- ・ 医療観察制度特化による、精神保健福祉の貧困の際立ち
- ・ ケア会議の有効利用
- ・ 公的な宿泊訓練施設での円滑な受け入れが必要
- ・ マンパワー強化
- ・ 医療観察法へのエネルギーを精神保健福祉法に活用

図 医療観察制度における地域関係機関連携の促進要因と阻害要因



今回のヒアリングは、それぞれの機関につき1名～4名への調査であった。そのため、聞き取りにより得られた知見には所属機関の地域性・個別性の影響があることに留意する必要がある。ヒアリングを行っていく中で、直接支援にかかわっている関係者の抱く思いから、様々な課題が見え、そこから「連携のための具体像」が浮かび上がってきた。現状ではまだ連携が十分にとれる体制ではないが、それぞれの機関が主体的にかかわろうとする意志と行動から、連携の第一歩が動き出すのではないかと考える。まずは、基盤づくりとして、勉強会、研修会などを通し、医療観察制度について学び、その中で共に支えあえる仲間と出会い、さまざまな課題を共有することから医療観察制度と向き合う姿勢を醸成していく「場」づくりが必要であろう。そして、ともすれば対象行為に焦点が当たることで生じる医療観察制度に対する現状のマイナスイメージが、多くの関係者が連携しながらケアの連続性が担保されるプラスの部分により光をあてることで、一般の精神保健福祉システムへの汎用が進むことが期待される。

3 本事業の取り組みから見えてきた課題

調査期間である3ヶ月の間に開催されたケア会議（CPA 会議）のうち陪席可能な会議への参加と関係者へのヒアリングから、確認することができた医療観察制度における地域処遇の課題を以下に記す。

1) 地域処遇への移行に関する医療機関の地域偏在が及ぼす課題

医療観察法の指定入院医療機関の地域偏在が著しく、対象者が地域処遇に移るに際して、従来の生活圏域および、退院地として調整予定の生活圏域とは離れた地域の入院医療機関で治療を受けている場合、指定通院医療機関および居住資源や日中活動の場の調整や確保など、地域処遇を実施する環境へのスムーズな移行には困難が生じることが、想像に難くない。準備に必要な外出や外泊などに困難が生じるほか、受け入れ側が対象者および必要な支援をしっかりと理解把握することにも困難が生じる可能性が高い。

2) 支援連携を可能とする豊かな社会資源の不足

医療観察制度における対象者は、特に地域処遇に移行後は、当該制度により指定通院医療機関や精神保健観察等の手続き等が決められているものの、地域生活そのものの支援やその資源に関しては、精神保健福祉法および障害者自立支援法や他の関連法の活用による支援やサービスを受けて暮らすことになる。現段階では、特に地域処遇に移るにあたっての居住資源、また日中活動の場、体験利用が可能な場や機会、居宅介護サービスや訪問看護実施機関が量的に不足しているとともに、対象者の受け入れを可能とする理解や支援の質など環境的整備も不足している。また、居住の場や生活圏域が決定しないことが通院医療機関の決定を困難にしている場合もある。これら資源不足が、フィールド調査に携わった中では必ずや認識された課題であった。本課題は、医療観察法対象者のみならず、退院促進や地域移行支援の対象である精神障害者全体に通じる課題でもある。

3) 全額公費負担の通院医療費と自己負担となる通院交通費

医療観察制度における通院医療に係る費用は、全額公費負担となっている。通院処遇期間中の外来医療費は、デイケアや訪問看護の利用においても、個人の負担が発生しないことが治療継続の担保にとって大変大きな要素となっている。しかし、指定通院医療機関の地域偏在が通院にかかる交通費の負担を及ぼしていることは課題である。繰り返しとなるが指定通院医療機関の地域偏在により遠方への通院を余儀なくされている者は少なくない。病状的には週1回の通院が必要であっても、通院交通費の負担等から回数の制約が生じる場合もある。通院が義務付けられており、その通院先も選べない状況にある中、通院に伴う交通費用等が当事者や家族の生活状況を経済的に圧迫することについては、なんらかの措置を考えるべき課題としてあげられる。

4) 地域連携を可能とする人的・経済的保障の不足

地域処遇のコーディネーター役を担うことになる社会復帰調整官は、初年度の全国保護観察所に計54人配置から現在は84人となり、2009年度は14人の増員が予定されている

ものの、未だ3分の2の保護観察所が単数配置であり、労働環境に鑑みて休みの際の代替人員がないなど問題ある状況といわざるを得ない。また、現在の指定入院・通院医療機関の整備状況からは、広域調整とならざるを得ず、業務量からしても絶対的不足である。

また、指定入院医療機関のスタッフについても、地域処遇開始に向けて外出や外泊の同行をすることにおいても、調整が困難になりつつある。指定通院医療機関のスタッフに関しては、例えば支援の調整役や生活相談を多く担う精神保健福祉士にしても専従要件ではないため、業務量負担やその調整には難儀している。さらに、審判によりダイレクトに通院処遇となる事例に関しては、入院医療で提供される心理教育などの治療プログラムが、指定通院医療機関においても提供できることが望ましいが、現行の体制としては不足しているといわざるを得ない。

一方、地域処遇となった対象者の受け入れや支援を提供する障害福祉サービス事業所のスタッフにおいても、障害者自立支援法下の運営体制により、人的余裕はなく、医療観察制度の地域処遇対象者の受け入れのために事前に入院医療機関へ出向くことや、体験宿泊や体験利用の支援を提供したりすることは、大変厳しい状況がある。

ケア会議の開催に関する参加にも人員が割かれ、また遠隔地も含む関係者が集うことに関する時間と金銭がかかるが、これらについても、基本的には保障されていない。医療観察法の対象者は、特に手厚いケアを継続的に保障する必要性が高く、そのためにもケア会議への関係者参加の保障を行う体制の整備が不足したまま、ケアチームへの参加の意識を醸成し、継続することを各機関に任せる現状には課題が多い。

指定通院医療機関に措置されている通院医学管理料、および2009年度からの障害福祉サービス報酬における地域生活移行個別支援特別加算や障害者自立支援対策臨時特例交付金だけでは、地域処遇を果たしていくことの体制の保障には程遠く、関与する個々の努力に委ねられている現状でしかない。

5) 地域処遇の終了後のケア継続に関する課題

退院の決定後、地域処遇に向けた準備から始まる対象者の地域処遇の実施にあたり、精神保健観察および関係機関連携の確保等を行う中で、ケアコーディネーターの役割を社会復帰調整官が担うことが法および地域処遇ガイドラインに規定されていることは、役割分担が明確であるという安心感を関係者一同が持てるとともに、ケア会議開催や実施に関する実務の遂行に従って、関係者各自の役割や、ケアの進行に関するタイムスケジュールが明確になっている現状が確認できる。

他方、本事業に携わって参加したケア会議等や、関係者へのヒアリングから得た課題点の最たることは、法による地域処遇終了時及び終了後の当事者の地域生活支援のケアマネジメントもしくはコーディネートを担当する人の不在や、責任の所在の曖昧さ、およびそのことへの不安であり、結果的にはケアの保障を損なうことに通じる。法による地域処遇期間中は、社会復帰調整官がその役割を担うが、地域処遇終了近くになると、その後の支援チームの形成の確認や、コーディネート役もしくはケアマネジメント役の確認が必要となる。

しかし、上記にあげた人的資源や体制の整備不足から、地域の日中活動の場である地域活動支援センター等の事業所がその役割を担うには現状において厳しい。特に対象者が法処遇を終えて、障害福祉サービスの利用を継続するか否かは、本人の意思と経済的条件及び地理的条件によるところも大変大きく、法による地域処遇期間中の強制力をそのまま持ち得ない。つまり、現状では医療観察制度の地域処遇における精神保健観察が終了する時点で地域精神保健福祉に引継ぐ支援チームの体制整備の不足があるといわざるを得ない。

■第5章 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のあり方

1. 精神保健医療福祉関係者への医療観察法制度の普及啓発

医療観察法は2005年7月に施行されてから4年目を迎えている。法施行から2009年3月までの法による申し立て者数は1379件となり、このうち入院決定は799件、通院決定は244件におよぶ。

この間、各種の研究事業等の結果を見ても、医療観察法対象者に直接関与している精神保健医療福祉の関係機関や関係者については、全体的にはある程度の協力連携体制は確保されており、新制度が施行されたことによる対象者の地域処遇に対して、協力していかねばならないという姿勢を持っていることが見て取れる。一方、未だ医療観察法対象者への直接的関与がない精神保健医療福祉関係機関および関係者にとっては、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を持ちやすいことや、地域住民等からの不安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も窺える。特に、地域処遇に関する人的、経済的保障が無いことが、活動する圏域に対象者が現れても積極的に関与することにつながらない現状を生む要因となっていると考えられる。また、これまでに精神保健福祉法上の措置入院経験を持つ精神障害のある人の地域生活支援に携わったことがなく、またそのような手厚く継続的ケアの必要な者に対する多機関連携による支援提供のノウハウを持たない中では、対象者に積極的に関与しようと思えないことも理解に難しくない。このような関係者の姿勢や感情は、措置入院患者が医療保護入院等に転じた後も、病状以外の理由で退院促進や社会復帰支援が難しい地域にはしばしば見られる。

医療観察法の制度運用実態とともに対象者の実態も把握されてきているが、個別対象者の疾病状態や生活支援課題などをしっかり把握する以前に、法対象者であることへの偏見から関与を回避している傾向がある現状においては、精神保健医療福祉関係者への医療観察法制度に関する普及啓発を進めるとともに、支援のノウハウを研修等で提供し、関係機関連携の構築への関与を求めていくことが必要である。

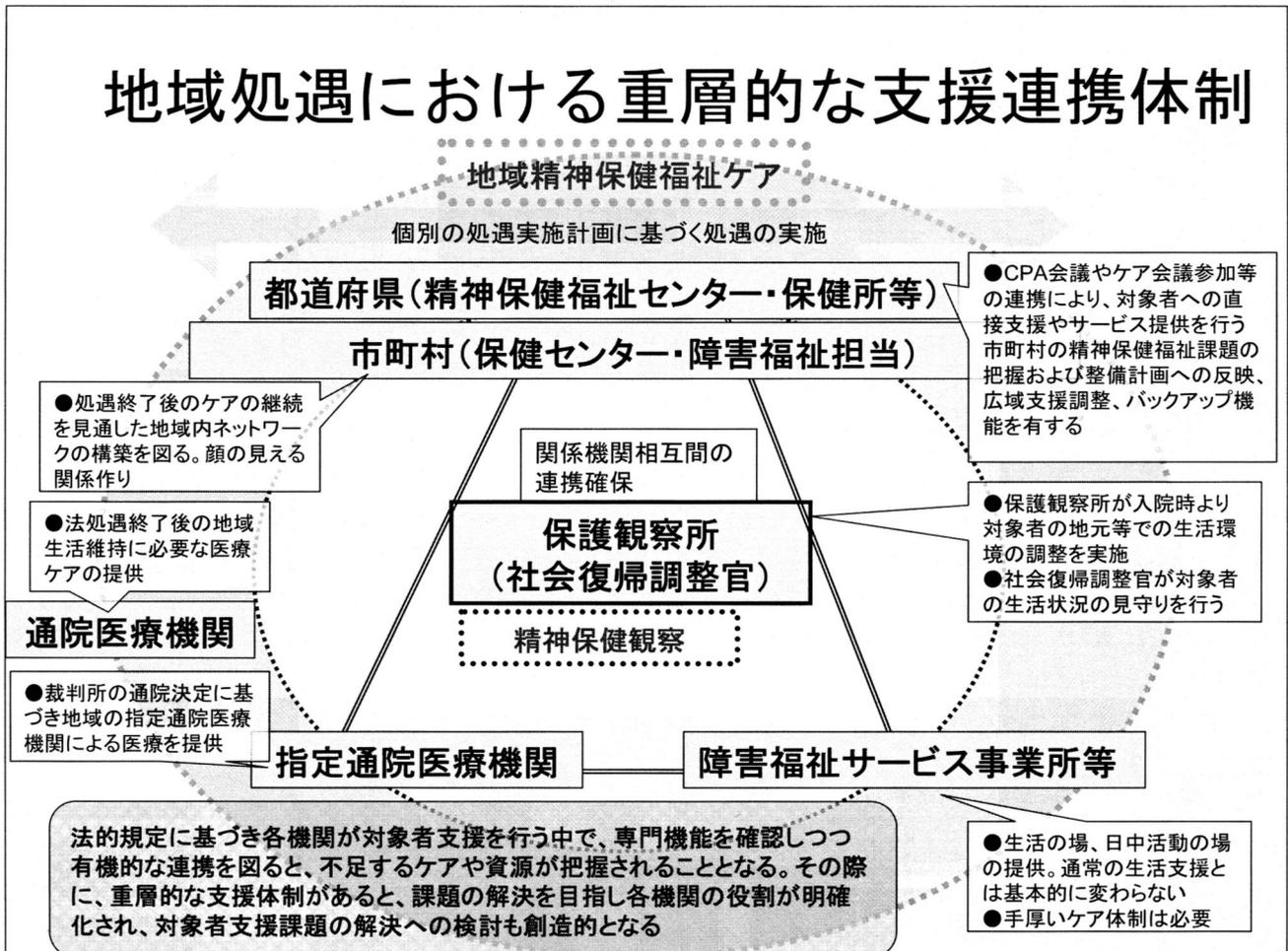
2. 重層的な支援体制の構築を

医療観察法の対象者は多機関および多職種による手厚いケアを継続的に必要とする者が多いという認識のもと、また家族に対する支援ニーズも高いことを考えるとき、各圏域における支援は重層的な体制があることが望ましいと考える。地域処遇ガイドラインに、関係機関として記載されているように、保護観察所、都道府県主管課、精神保健福祉センター、保健所、市町村主管課、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（障害者自立支援法における各障害福祉サービス事業所等）、その他、が圏域に応じて連携体制を構築することが望ましい。しかし、現状は、必ずしも重層的に各機関が連携体制を構築しているとも限らず、必要に応じての連携の範囲で機能しているようである。また、直接的に支援を提供しなければならない機関ほど、連携への関与は積極的となり、間接的支援提供の役割にある機関ほど、連携関与が薄くなるという現状もある。

しかし、今後、医療観察法による地域処遇対象者が増えていく中で、大きな課題となる地域の資源不足は、個別対象者に対する直接支援提供機関から後方支援や広域支援、または福祉資源の開拓を担う自立支援協議会を設置している市町村や都道府県まで、各立場に

おける役割を発揮しながら連携していく方向で、重層的な連携体制の構築における解決が求められる。もちろん、これは医療観察法対象者のためだけに特化されるものでもない。

以下に地域処遇ガイドラインに記されていることとの重複もあるが、本事業で必要と思われた各機関が重層的に連携体制を作る際の位置づけを図とともに示す。



■精神保健福祉センターの位置づけ（広域）

- 1) 都道府県等における医療観察制度上の地域処遇の全体状況の掌握
⇒新たな精神保健福祉施策の展開へ
- 2) 保健所等への技術支援
- 3) 必要に応じたケア会議等への出席
- 4) 地域の担当機関が孤立しないためのバックアップ
- 5) 地域関係機関向けの研修の企画・実施

■保健所の位置づけ

- 1) 保健所圏域における医療観察制度上の地域処遇の状況把握
- 2) ケア会議への出席
- 3) 市町村支援の立場からの対象者への訪問支援活動
- 4) 精神保健担当者の専任化・複数配置化

■市町村自治体の位置づけ

- 1) 小圏域における医療観察上の地域支援体制の構築（地域内関係機関への呼びかけ）
- 2) 自立支援協議会の活用

- 3) 障害福祉サービス事業所等への橋渡しとバックアップ
- 4) ケア体制確保のための資源開発
- 5) 専任の精神保健福祉担当者の配置

■障害福祉サービス事業所の位置づけ

- 1) 対象者を特別視しない姿勢
- 2) あくまでもケアの一環としてのサービス提供（一つの機関で抱え込まないスタンス）
- 3) 対象者が抱える問題を地域内ネットワークで共有する視点（情報管理に配慮しつつ）
- 4) 居住系サービスの量的・人的充実

今回のフィールド調査では、東京都の体制が重層的に組み立てられていたことを知るとともに、（6ページ参照）その効果と、その体制においてすら地域処遇への移行や地域処遇の難しさがあることが把握できた。つまり、地域処遇を受ける対象者の生活支援に最も身近な支援を提供する区市町村の関係者が中心のケア会議に、都や区・政令市保健所および都精神保健福祉センターが参加することによって、技術支援や必要な研修企画、あわせて都内の地域福祉資源状況の把握や開拓に結びつく体制が作られている。しかし、地域福祉資源や支援者の質量が急に増加、向上するわけではなく、個別事例の丁寧な支援計画の検討をケア会議において積み重ねるしかないことも事実である。

3. ハード・ソフトの資源整備を

現在、精神科病院における退院促進や、障害者自立支援法における障害者地域移行支援特別対策事業などが進行しているが、居住資源や日中活動の場などの資源整備状況は、需要に追いついていない。医療観察法の対象者への支援についても同様の課題があり、今後のハード・ソフトの資源整備状況を検討していく上で、重要な機能を持つことになるのが、都道府県および地域自立支援協議会であろうと考える。医療観察法の枠内におけるハード・ソフトの資源整備が不足する現状と、改善に向けた各種の提言等は、平成18年度から20年度にかけての厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」（主任研究者：中島豊爾）の中の分担研究「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」（分担研究者：川副泰成）において報告されている。

医療観察法における地域処遇は、法処遇終了後の地域精神保健福祉および障害福祉の体制を支援環境の土台にし、展開されるのであり、地域精神保健福祉および障害福祉におけるハード・ソフトの資源の整備状況がそのまま影響する。

通院処遇のあり方と実態にまさに医療観察法の真価が問われるとも言えるが、医療観察法が法対象者の社会復帰を円滑に進めるか否かは、地域処遇、すなわちは地域精神保健福祉への円滑な移行と移行後の豊かな地域生活支援の展開にかかっている。つまり、地域精神保健福祉の体制を豊かに整備すること抜きには、医療観察法の対象者の地域処遇の確実な保障につながらないと考える。

4. 地域処遇から地域精神保健福祉支援体制までの継続したケアマネジャーを

医療観察法におけるケア会議と入院病棟内で開催されるCPA会議（医療機関によって呼称が異なる）とは、主催機関の違いはあるが、いずれも、多職種や多機関により構成されている。

入院指定医療機関においては、治療担当として医師、看護師、作業療法士、臨床心理技

術者、精神保健福祉士の各職種担当がチームを編成して治療にあたることになっており、MDT (multi-disciplinary team) と呼ばれるこの職種編成チームがあって、入院処遇の目標・理念の実現が可能となっている。入院処遇ガイドラインに記載されている入院処遇の目標・理念には、1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現、2) 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種のチームによる医療提供、3) プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供、とある。

さらに、治療プログラムに関する「多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施」についての記載を確認すると、「病棟内の多職種チームにより、入院対象者毎に個別の治療計画を作成し、各職種が連携を図りながら医療を提供する」とある。具体的には、全ての入院対象者に対し、本人の同意を得て、専門職ごとに立案した個別治療計画を多職種チームで協議して決定し、病状評価についても多職種によりの確に行い、その継続的な病状評価を踏まえて適時治療計画の見直しを行うとあり、また、最終的な判断は医師が行うものとされている。

入院中はMDTによるCPA会議が開催され、社会復帰期にはCPA会議とケア会議とを重ねて開催することが多いようだが、その際にはケア会議メンバーであるところの地域関係者が病棟内多職種に加わることになる。また通院処遇中のケア会議においては、社会復帰調整官のコーディネートのもと、指定通院医療機関の多職種と地域関係者が構成するケア会議が開催される。

いずれにしても、多職種、および多機関によるケア会議等が定期的実施されることで、一点目は、対象者の実情や変化に合ったケア計画の修正が図られること、二点目として、方針の共有や役割分担および役割確認が可能となり、「何かあったときの責任は？」という関係機関担当者の不安に対する安心感が生じることが、有効性として挙げられる。

現在、精神障害者の地域生活支援において入院中から通院を伴う地域生活の支援において、継続してケアに携わる機関やサービスのコーディネートもしくはマネジメントを担う者は制度的には存在しない。障害者自立支援法の改正法案において相談支援事業の充実強化が謳われているが、人材育成や基幹型相談支援事業所の設置や整備等の課題は多く、法改正後の施行予定も2012年度からである。

切れ目のない、包括的な支援を継続保障していくためには、保護観察所という司法領域に配置された社会復帰調整官と地域精神保健福祉機関のケアマネジャーによるダブルマネジメント体制を可能とするような役割を設定することが必要と考える。今後の検討課題ではなかろうか。

5. おわりに

3ヶ月間のフィールド調査から明らかになった課題等を記したが、医療観察法が包含する矛盾や課題が、地域処遇に影響しているという実感はどうにも否めない。法の運用実態や各種の課題を明らかにし、抜本的に見直す機会も法施行後5年の時期に迎えることになっており、ごく近い将来の作業課題である。是非とも、対象者に不利益となっている生活状況をいかにしたら解決できるのか、しっかりと見直しが可能となるように、実態を明らかにする情報開示を求めたい。

法の特殊性から実態が掴めないこと、故に課題を把握し、対応を検討することが難しいことを日常的に感じていた中、今回のフィールド調査に携わって、ほんの一部分を知りえたただけだが、課題の多さに改めて、運用実態を把握することの重要性と、そのためにも情報開示の必要性を痛感した。本協会としては、今後も対象者を含む精神障害者の地域生活支援を豊かに展開するための在り様を種々の機会を活用して模索していきたい。

■ 研修会資料

平成20年度障害者保健福祉推進事業補助金事業

地域生活支援と連携のあり方 ～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： 2009年3月10日（火） 9：30～17：20
東京・TKP代々木ビジネスセンター 1号館
2009年3月13日（金） 10：00～17：50
京都・京都テルサ 西館

■プログラム

東京 会場	京都 会場	プログラム内容
9：30	10：00	開会・開会挨拶
9：35	10：05	事業趣旨説明
9：45	10：15	講義1「医療観察法における処遇の実情と課題－主に入院・通院医療 について」
↓	↓	
10：45	11：15	<講師>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 新川智之指導係長
11：00	11：30	講義2「社会復帰調整官による支援の現状と課題」(90分)
↓	↓	
↓	↓	<講師>東京：東京保護観察所 八木眞佐彦 京都：京都保護観察所 植松俊典
12：30	13：00	休憩・昼食
13：30	14：00	実践報告「医療観察法における地域処遇の関係機関連携のシステムに ついて」
↓	↓	
↓	↓	<広域支援の立場から、小圏域の立場または通院医療機関の立場から >
14：50	15：20	<講師>東京：東京都中部総合精神保健福祉センター 尾上孝文
15：00	15：30	東京武蔵野病院 日暮恵美
↓	↓	
↓	↓	京都：堺市こころの健康センター 小出保廣
15：30	16：00	杏和会阪南病院 平 則男
15：45	16：15	補助金事業概要報告 <社団法人日本精神保健福祉士協会>
↓	↓	
↓	↓	<報告者>清水美由紀、大塚淳子
17：15	17：45	
17：20	17：50	講義や報告等を受けてグループで意見交換
		閉会

平成20年度障害者保健福祉推進事業補助金事業

地域生活支援と連携のあり方—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

東京会場 [講義 I] 2009. 3. 10(火) / 09:45-10:45

京都会場 [講義 I] 2009. 3. 13(金) / 10:15-11:15

医療観察法における処遇の実情と課題—主に入院・通院医療 について

講師 / 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推進室)

厚生労働省 MHLW (Ministry of Health, Labour and Welfare)

平成20年度障害者保健福祉推進事業補助金事業
「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」

医療観察法における処遇の実情と課題 —主に入院・通院医療について—

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部 精神・障害保健課



1

厚生労働省 MHLW (Ministry of Health, Labour and Welfare)

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」

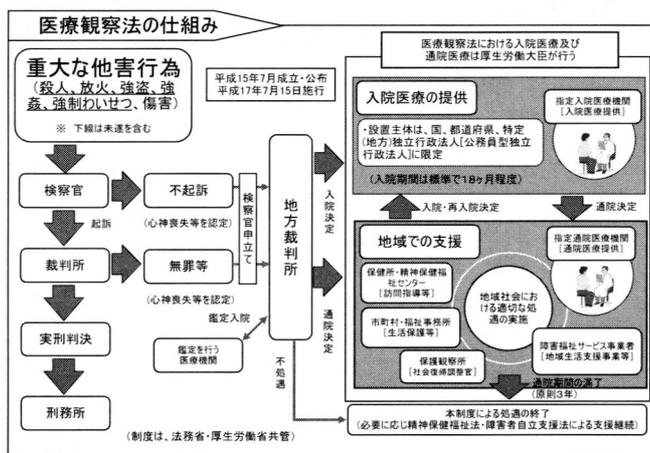
・平成15年7月成立・公布
・平成17年7月15日施行

(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することができるように努めなければならない。

2



3

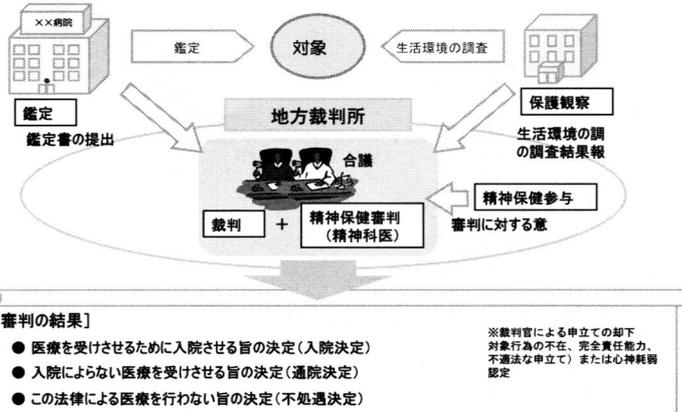
医療観察法のポイント

- **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(現在16カ所)
- **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

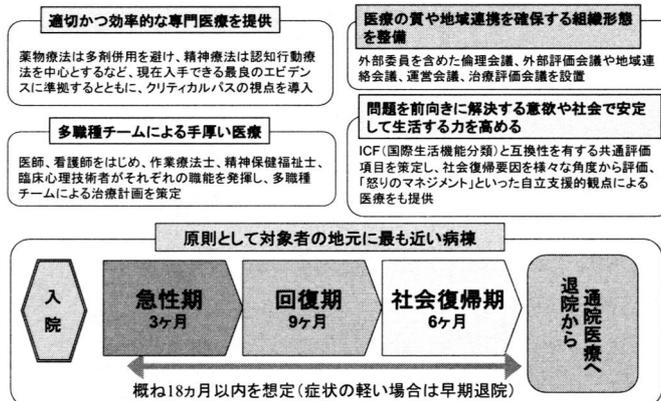
4

審判手続きについて

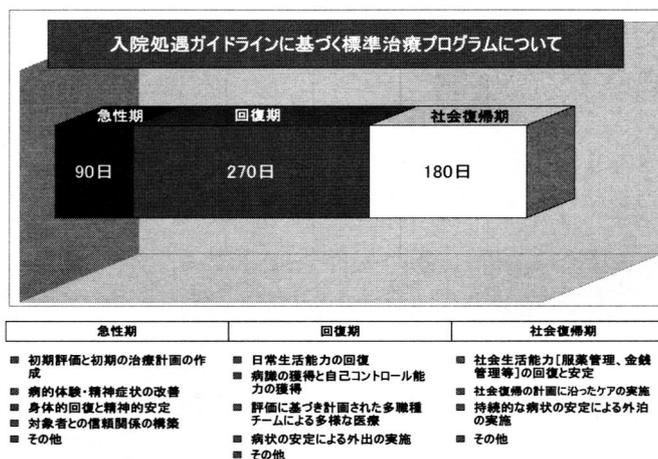


5

法に基づく入院医療について



6



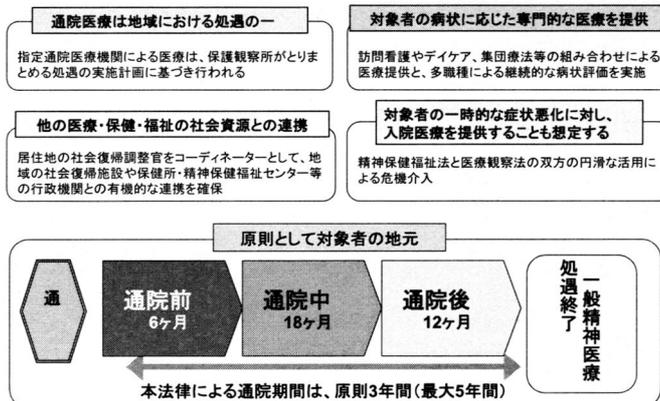
7

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。
作成: 法務省保護局及び厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部
- (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。
作成: 厚生労働省社会・援護局障害保健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。
作成: 厚生労働省社会・援護局障害保健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。
作成: 厚生労働省社会・援護局障害保健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。
作成: 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課

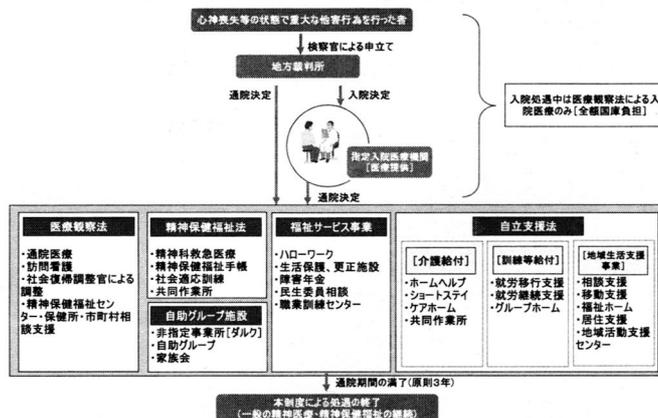
8

法に基づく通院医療について



9

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



厚生労働科学研究費補助金分担研究報告書より作成

10

II 厚生労働省の取り組み

11

医療観察法関係新規予算事業等について

1. 指定入院医療機関の緊急の確保について

[厚生労働省の取り組み]
平成21年度予算案において、①指定入院医療機関整備費の充実、②地域共生の促進(周辺環境整備)を図るなど重点的対策を実施

➡ ○ 指定入院医療機関の整備に伴う地域共生の促進(周辺環境整備) 12.0億円
指定入院医療機関の整備を加速するため、地域との交流に資する整備事業を実施し、医療観察法対象者が安心して社会復帰できる医療体制の整備を推進する。

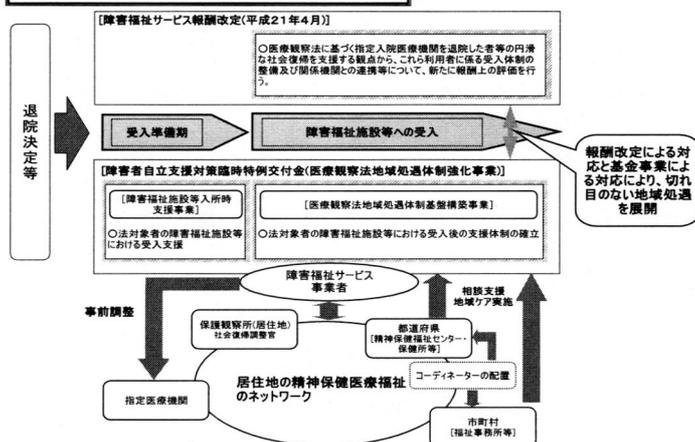
2. 地域社会における処遇の円滑な実施に向けて

[厚生労働省の取り組み]
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)や障害福祉サービス報酬改定による対応など重点的対策を実施予定

➡ ○ 医療観察法関係障害福祉サービス報酬改定(案)
ケアホーム、グループホーム、施設入所支援、宿泊型自律訓練において、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(案)として、原則3年を上限に新たに評価

12

報酬改定及び基金事業による対応(案)について



13

医療観察法の地域処遇体制の強化を目的に、障害者自立支援対策臨時特例交付金の枠組みを活用した事業の展開

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く対象者の地域処遇支援を充実・強化させるため、「地域社会における処遇のガイドライン」に基づく地域処遇関係機関の基盤構築を図るとともに、自立した日常生活又は社会生活を営むことができるよう、法対象者を新たに受け入れる障害福祉施設等に対し適切に支援することで、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のでき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

- 医療観察法地域処遇体制基盤構築事業**
法対象者の地域生活を支援する地域関係機関が、地域の援助関係機関との連絡調整の下に実施する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ことで、法対象者に対する適切な地域処遇体制を確保する。
- 障害福祉施設等入所時支援事業**
障害福祉施設等に入所が見込まれる法対象者の入所に先立って、当該家族及び入居法対象者等の居室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を実施した場合に助成を行う。

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 精神・障害保健課 医療観察法医療体制整備推進室

障害者地域移行促進強化事業

1 事業の目的

いわゆる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、長期入院患者の動態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月より、「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連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、各都道府県が全球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な知識の習得 等

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所・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

15

(3) 補助単価 研修企画：1都道府県あたり610千円以内

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

16

[参考資料]

医療観察法の運用状況について

17

医療観察法の申立等の状況

■ 申立等の状況 (施行～H20.11.1までの状況)	
◇ 申立総数	1265件
・ 決定数	
- 入院決定	715件
- 通院決定	224件
- 不処遇決定	202件
- 申立却下※1	41件
・ 取り下げ※2	10件
・ 鑑定入院中	73件
◇ 退院許可	244件

※1 申立却下：対象行為を行ったと認められない場合または、心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもない認められる場合
 ※2 取り下げ：医療観察法の申立てを通じて、裁判所で心神耗弱と認められ、検察官が申立てを取り下げたもの

注) 申立等の状況については指定入院医療機関から収集した件数を積み上げたものであり、時点によっては若干の誤差がある。(医療観察法医療体制整備推進室調)

18

医療観察法の入院対象者の状況(1)

■ 疾病別(主)、男女別内訳 (H20.11.1現在)		
	男性	女性
F0 症状性を含む器質性精神障害	10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	26名	2名
F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	325名	72名
F3 気分(感情)障害	7名	10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	1名	0名
F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	1名	0名
F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	1名	2名
F7 精神遅滞[知的障害]	4名	0名
F8 心理的発達の障害	7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改訂版(WHO作成)に基づいて分類 (医療観察法医療体制整備推進室調)

19

医療観察法の入院対象者の状況(2)

■ 疾病別(副)、男女別内訳 (H20.11.1現在)		
	男性	女性
F0 症状性を含む器質性精神障害	2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	3名	1名
F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	7名	0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	4名	0名
F7 精神遅滞[知的障害]	28名	6名
F8 心理的発達の障害	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改訂版(WHO作成)に基づいて分類

■ ステージ別内訳	
急性期	110名
回復期	217名
社会復帰期	144名

入院処遇は急性期3ヶ月、回復期9ヶ月、社会復帰期6ヶ月の概ね18か月以内を想定している(症状の軽い場合は早期退院)
 (医療観察法医療体制整備推進室調)

20

医療観察法の施行状況

1. 指定入院医療機関の指定数 (H20.12.1現在)

○国関係
 指定済 13か所、建設中 1か所
 ○都道府県関係
 指定済 3か所、建設・建設準備中 7か所

2. 指定通院医療機関の指定数

指定数: 324か所
 国及び都道府県立の医療機関 53か所
 その他医療機関 271か所

3. 鑑定入院医療機関の推薦数

推薦数: 251か所
 国及び都道府県立の医療機関 53か所
 その他医療機関 198か所

4. 精神保健判定医等の推薦数

・精神保健判定医 875名
 ・精神保健参与員 714名

指定入院医療機関の整備状況

※ ■は稼働中の指定入院医療機関

1. 国関係 (13医療機関が稼働中)

①国立精神・神経センター病院(東京都)	33床	17.7.15開棟
国立精神・神経センター病院(東京都)	33床	建設準備中、合併症対応病棟
②国立病院機構花巻病院(岩手県)	33床	17.10.1開棟
③国立病院機構東尾張病院(愛知県)	33床	17.12.1開棟
④国立病院機構肥前精神医療センター(佐賀県)	33床	18.1.1開棟
⑤国立病院機構北陸病院(富山県)	33床	18.2.1開棟
⑥国立病院機構久里浜アルコール症センター(神奈川県)	50床	18.4.1開棟(20.3.14、20.10.1増床)
⑦国立病院機構さいがた病院(新潟県)	33床	18.4.1開棟
⑧国立病院機構小幡高原病院(長野県)	17床	18.6.15開棟
⑨国立病院機構下総精神医療センター(千葉県)	33床	18.10.10開棟
⑩国立病院機構琉球病院(沖縄県)	17床	19.2.1開棟
国立病院機構琉球病院(沖縄県)	16床	平成21年度中 増築開棟予定
⑪国立病院機構菊池病院(熊本県)	17床	19.9.3開棟
⑫国立病院機構柳原病院(三重県)	17床	19.10.15開棟
⑬国立病院機構寛政精神医療センター(広島県)	33床	20.6.24開棟
⑭国立病院機構松嶺荘病院(奈良県)	33床	平成21年度中 開棟予定

総整備予定病床数は464床、382床が稼働中

(病床数は予備病床を含む) 22

指定入院医療機関の整備状況

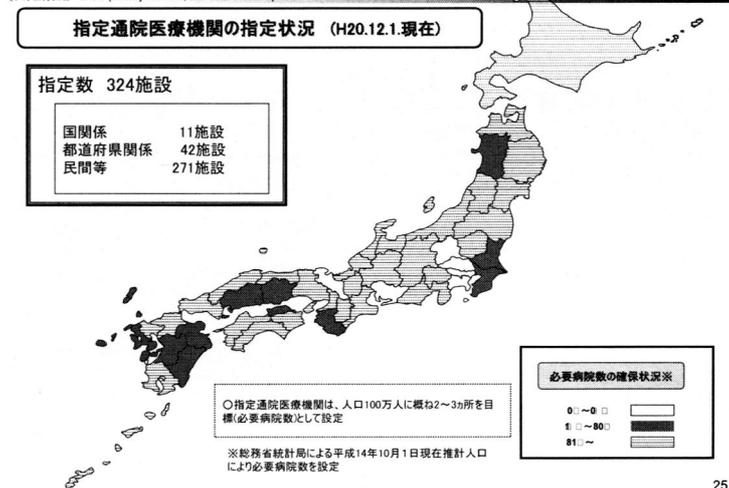
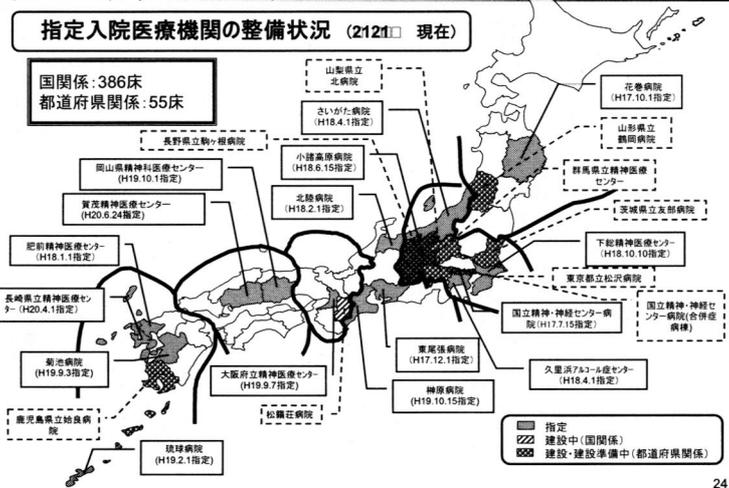
※ ■は稼働中の指定入院医療機関

2. 都道府県関係(原則として、全ての都道府県において整備を目指す。)

①岡山県精神医療センター	33床	19.10.1開棟
②大阪府立精神医療センター	5床	19.9.7開棟(将来33床で運営予定)
③長崎県立精神医療センター	17床	20.4.1開棟
④東京都立松沢病院	33床	建設準備中
⑤茨城県立友部病院	17床	建設準備中
⑥鹿児島県立始良病院	17床	建設準備中
⑦山形県立鶴岡病院	17床	建設準備中
⑧長野県立駒ヶ根病院	5床	建設準備中
⑨群馬県立精神医療センター	6床	建設準備中
⑩山梨県立北病院	5床	建設準備中

総整備予定病床数は183床、55床が稼働中

(病床数は予備病床を含む) 23



各都道府県の地方裁判所における入院決定数・通院決定数の状況 (平成20年11月1日までの状況)

都道府県名	入院決定	通院決定
1 北海道	32	15
2 青森県	14	0
3 岩手県	10	3
4 宮城県	10	1
5 秋田県	4	0
6 山形県	7	3
7 福島県	9	4
8 茨城県	21	10
9 栃木県	8	3
10 群馬県	10	1
11 埼玉県	55	7
12 千葉県	37	8
13 東京都	81	12
14 神奈川県	40	15
15 新潟県	16	6
16 富山県	2	1
17 石川県	8	2
18 福井県	9	3
19 山梨県	3	6
20 長野県	11	3
21 岐阜県	11	2
22 静岡県	26	4
23 愛知県	41	4
24 三重県	8	5
25 滋賀県	5	2
26 京都府	10	3
27 大阪府	39	27
28 兵庫県	25	13
29 奈良県	2	2
30 和歌山県	9	3
31 鳥取県	1	1
32 島根県	3	1
33 岡山県	4	3
34 広島県	24	10
35 山口県	7	0
36 徳島県	3	1
37 香川県	5	7
38 愛媛県	5	6
39 高知県	6	0
40 福岡県	25	8
41 佐賀県	3	1
42 長崎県	10	1
43 熊本県	11	6
44 大分県	2	2
45 宮崎県	8	2
46 鹿児島県	12	3
47 沖縄県	23	4

(医療観察法医療体制整備推進室調)

平成20年度障害者保健福祉推進事業補助金事業

地域生活支援と連携のあり方—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
東京会場 [講義Ⅱ] 2009. 3. 10(火) / 11:00—12:30

医療観察制度と地域連携—社会復帰調整官の経験から

講師 / 八木眞佐彦 (東京保護観察所 社会復帰調整官)

医療観察制度と地域連携～社会復帰調整官の経験から～



法務省東京保護観察所社会復帰調整官室
八木眞佐彦(精神保健福祉士・社会福祉士)

1

はじめに

心神喪失者等医療観察制度は平成17年15日から施行された。

・法の目的(第1条から抜粋)

「継続的かつ適切な医療の確保～病状の改善及び再び同様の行為の再発防止を図り～社会復帰を促進する。」

「*処遇に携わる者は～, 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努めなければならない。」 2

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

第1章 総則	第3章 医療
第1節 目的及び定義	第1節 医療の実施
第2節 裁判所	第2節 精神保健指定の必置等
第3節 指定医療機関	第3節 指定医療機関の管理者 の講ずる措置
第4節 保護観察所	第4節 入院に関する措置
第2章 審判	第5節 雑則
第1節 通則	第4章 地域社会における処遇
第2節 入院又は通院	第1節 処遇の実施計画
第3節 退院又は入院継続	第2節 精神保健観察
第4節 処遇の終了又は通院 期間の延長	第3節 連携等
第5節 再入院	第4節 報告等
第6節 抗告	第5節 雑則
第7節 雑則	第5章 雑則
	第6章 罰則
	付則

3

☆注意点としては、

- 1 医療観察制度の処遇は犯罪者処遇ではない
- 2 「触法精神障害者」と医療観察制度の対象者はイ
コールではない
- 3 精神保健福祉法etcと本制度で支える
- 4 罰や戒めではなく、対象者自らが精神保健福祉
サービスetcのユーザーとしての視点を獲得し、社会
資源を利用できるようにコーディネートするプロセ
スである。

4

社会復帰調整官とは

PSW、PHN、OT、NSなど精神保健福祉に関する業務の経験者から全国の保護観察所に社会復帰調整官として配置された。当初は54名、以降順次増員となり、現時点で80名が配置され、今後も増員が期待されている。

何故保護観察所に社会復帰調整官が配置されたのか？

- 1 国が統一的に実施
- 2 都道府県の枠を超えて対応が可能
- 3 保護観察所は各県に一箇所は設置されている
- 4 各種申立て、審判、決定時の裁判所とのアクセス

5

社会復帰調整官の仕事(法第19条より)

「地域社会における処遇のガイドライン」において
コーディネーターと位置づけられている。

- 生活環境の調査～法第38条
(審判の処遇決定の資料)
- 生活環境の調整～法第101条
(退院にむけてのネットワーク構築)
- 処遇の実施計画の策定～法第104条
(関係機関の意見を聞き策定)
- 精神保健観察～法第106条
(見守りと関係機関の連携体制維持等)

6

医療観察法関連の各種ガイドライン

(厚生労働省障害保健福祉主管課長会議資料より)

- 鑑定ガイドライン
- 指定入院医療機関運営ガイドライン
- 入院処遇ガイドライン
- 指定通院医療機関運営ガイドライン
- 通院処遇ガイドライン
- **地域社会における処遇のガイドライン**

法務省と厚生労働省の共同通知

7

関係機関とは・・・

厚労省、法務省共同通知「地域社会における処遇のガイドライン」から引用

- 地方厚生局・指定医療機関・保護観察所
- 都道府県・区市町村
- 精神保健福祉センター
- 保健所等・精神障害者社会復帰施設
- 精神障害者居宅支援事業者等地域ケア
に関わる機関

PSWの活動領域の多
くが含まれている

8

保護観察所の役割

○保護観察所は、本制度において、当初審判の段階から一貫して対象者に関与する立場にあり、地域社会における処遇のコーディネーターとしての役割を果たす。

○保護観察所は、生活環境の調査、生活環境の調整(退院地の選定・確保のための調整、退院地での処遇実施体制の整備)、処遇実施計画の作成及び見直し、精神保健観察の実施(継続的な医療を確保するための生活状況の見守り、必要な指導等)等を行う。

○保護観察所は、平素からの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の緊密な連携体制を築く。

○保護観察所は、地域社会における処遇が円滑に行われるよう、関係機関と連携して、本制度の普及啓発を行う。

9

医療観察法のポイント

<公正な手続きの実現>

①裁判所において、適切な鑑定結果や専門家・関係機関の意見を踏まえ、終了時期等を含め、もっとも適切な処遇を合議体(裁判官・精神保健審判員【医師】)で決定

<専門的医療の提供>

②国公立の指定入院医療機関において、その症状に応じた適切な医療、及び処遇を全額国費で実施(一施設30床で、全国24ヶ所程度整備予定)

<地域ケアの確保と継続性>

③退院後は、指定通院医療機関で全額国費による医療を継続。保護観察所が都道府県市等と連携の上、処遇の実施計画を策定し、地域での処遇を実施(3~5年で処遇終了、地域の医療サービスは継続)

<被害者等への配慮>

④被害者等に裁判所の当初審判の傍聴を認め、また、その審判の結果を通知をできる仕組みを創設

10

対象となる他害行為

- 放火
- 強制わいせつ
- 強姦
- 殺人
- 傷害
- 強盗

上記の行為が心神喪失もしくは心神耗弱の状態で行われたと認定された場合に本制度の審判の対象になる

11

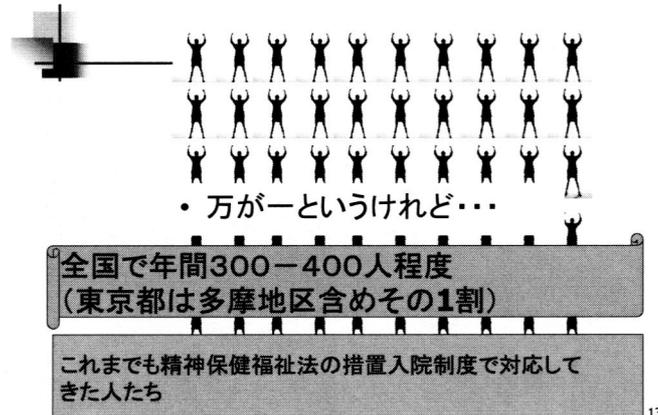
制度施行前の厚生労働省統計から (平成9年～平成13年)

心神喪失等の状態で重大な犯罪に当たる行為(殺人・放火・強盗・強姦・強制わいせつ・傷害)を行った者の障害別内訳

統合失調症	64.0%
そううつ病	8.0%
アルコール中毒	6.2%
覚せい剤中毒	3.1%

12

過去の統計からみた予測対象者数



13

つまり……

- これまでも、元々精神保健で関わっていたことに対し、より専門的な医療と地域ネットワークの構築が求められる
 - 地域生活の準備段階から、関係機関と協議する(法第101条環境調整、法第104条処遇の実施計画)
 - 種々の申し立てに対して裁判所の審判で合意した精神科医と裁判官が同じ権限で決定する
 - 指定通院医療機関への通院が確保されないときには保護観察所は裁判所に本制度による(再)入院の申し立てが出来る
 - 当初審判から、既存の精神保健に引き継げるまで一貫して社会復帰調整官がコーディネーターを担う
- 合議体が必要と判断した場合、審判ごとに選任した精神保健参事員(主にPSW)が参考意見を述べる。

14

法律の名称と 制度の対象

6罪種＝殺人・放火・強盗・強姦・
強制わいせつ・傷害（軽微なものを除く）

■ 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

事件当時心神喪失等の状態

心神喪失等ではない

③侵入する電波を防ごうと、
電器屋でテレビを破壊

①お金に困って
パンを盗んだ

軽微な他害行為

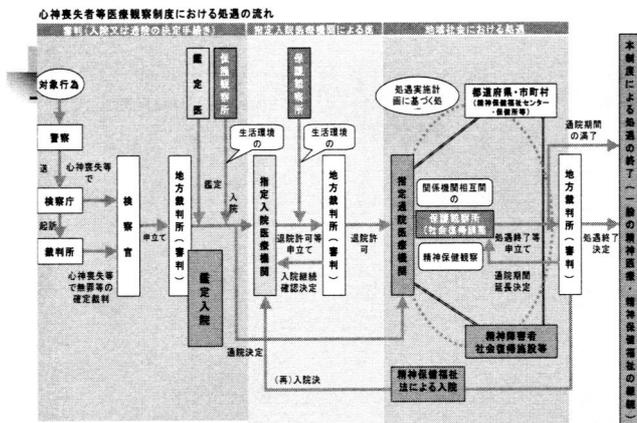
触法精神障害者

1心神喪失により不起訴
2心神喪失により無罪
3心神耗弱により減刑
法第2条第3項二号
検察官が審判申立て

②病気に無理解な弟に
えらそうにされて腹が
立ち殴って大怪我
重大な他害行為

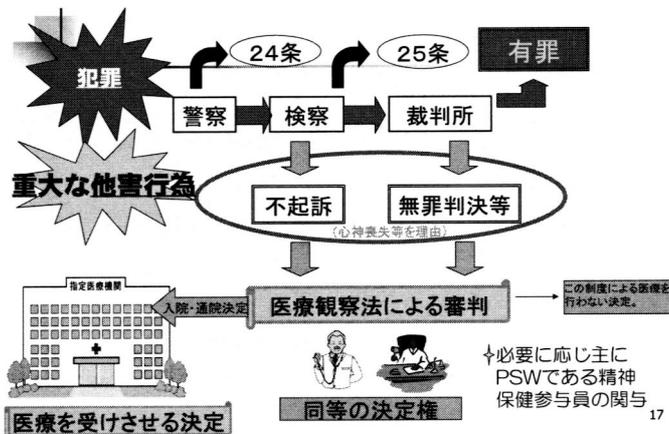
医療観察制度の審判の対象
(対象者の年齢は原則成人)

15



16

当初審判までの流れ図

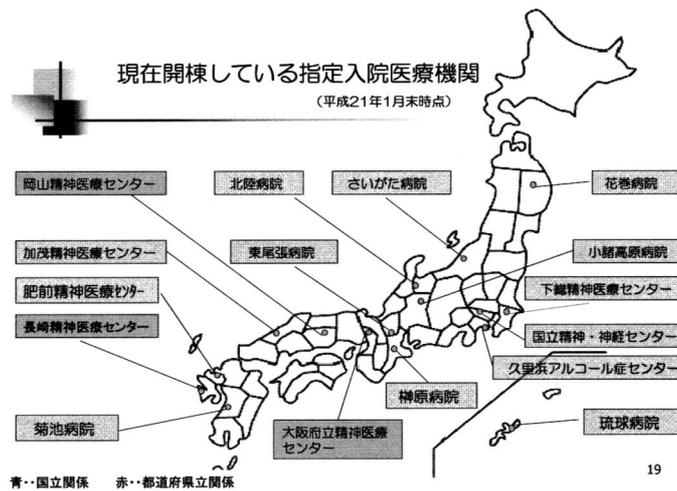


17

(当初審判からの通院決定の場合)

- 保護観察所は、対象者から居住地の届出を受けるとともに、地方厚生局にその内容を通知する。通知を受けた地方厚生局は、当該対象者の通院医療を担当する指定通院医療機関を正式に選定し、保護観察所に通知する。

18



19

生活環境調整の主な内容

- ・退院後の住居
- ・居住予定地
- ・退院後の生計の確保
- ・保護者その他の家族との関係
- ・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
- ・その他調整すべきこと

医療観察法施行規則11条より引用

20

「居住予定地」の考え方

生活環境の調整は原則として、対象者の居住地（入院前において生活の本拠地としていた住居等）を退院予定地として開始することとし、当該居住地への退院について特段の支障のある場合、対象者の希望に基づき、以下の順に従って調整を行う。

- ・居住地の存する市町村
- ・居住地の存する都道府県
- ・対象者本人が相当期間の居住経験を有するなど、本人の生育歴その他の生活環境を踏まえ、適当と考えられる都道府県

（地域社会における処遇のガイドラインより抜粋）

21

指定入院医療機関の治療プログラム、 クリティカルパス（イメージ）

急性期治療（概ね3か月）

- ・病的体験、精神状態の改善。・治療への動機付けの確認。
- ・対象者との信頼関係の構築。・身体的回復と精神的安定。

回復期治療

- ・病識の獲得と自己コントロール能力の獲得。
- ・治療プログラムへの参加による日常生活能力の回復。
- ・治療スタッフと院内外出、院外外出を実施。

社会復帰期治療

- ・病状の安定により院外外出、外泊ができる。
- ・治療プログラム参加による障害の受容。
- ・社会生活能力の回復と社会参加の準備。

22

指定入院医療機関多職種チームとCPA会議

- ・指定入院医療機関では対象者ごとにMDTと呼ばれる多職種チーム（医師、PSW 看護師2名、臨床心理士、作業療法士）が形成され治療とソーシャルワークに当たっている。
- ・指定入院医療機関MDTは定期的にCPA（CARE PROGRAM APPROACH）という会議を開催し、各職種が専門性を発揮しながら協議する。そこには対象者本人も参加している。
- ・国立精神・神経センター病院又は、近隣の指定入院医療機関に入院中の場合は、退院後想定される関係機関（者）も参加し、CPA会議とケア会議を同時開催することで、本人と関係機関（者）との信頼関係が醸成され、より堅固なネットワーク構築に寄与している。

23

ケア会議の定義について

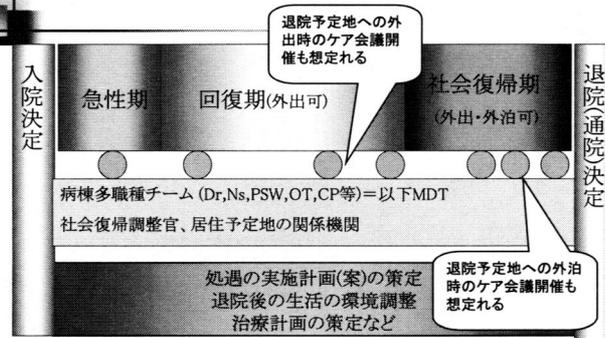
ケア会議の定義について

「ケア会議」とは、個々の対象者（入院医療を受けている者を含む。）に対する地域社会における処遇の実施体制、実施状況等に関する情報の共有と処遇方針の統一を図るため、保護観察所が、指定通院医療機関、都道府県・市町村（その設置する保健所等の専門機関を含む。以下同じ。）のほか、必要に応じ、精神障害者社会復帰施設等の関係機関の参加を得て主催する会議をいう。

（地域社会における処遇のガイドラインから）

24

入院中のCPA会議・ケア会議（イメージ）



*原則本人参加

● 病棟内CPA会議・ケア会議

25

CPA・ケア会議共催のメリット

- ・本人・病棟MDT・地域相互に課題を提示し合える
- ・本人が病識や現実的な生活イメージを獲得

☆本人と関係機関（者）の目標の一致・すり合わせ

- ・治療の進展と課題に応じて、タイムリーに関係機関（者）に呼びかけを図ることができる
- ・保護観察所がケア会議参加依頼をする場合、民間の参加者には交通費を支給できる
- ・外出・外泊訓練、退院後の地域でのケア会議の土台作り。

26

CPA/ケア会議の運用（イメージ） 1

- ・初回CPA～ 病状や家族その他の状況に応じMDTと社会復帰調整官のみの場合もある。治療の進展の予測と、参加が必要な関係機関（者）やその時期など検討。
- ・2回目以降～ 退院計画や、家族支援などの展開につれて関係機関が増えることが多い。（特に家族支援含む生活環境調整が複数の都道府県や市区町村をまたがる場合）
- ・社会復帰期～ 徐々に退院予定地（外泊訓練先）が決まり、ほぼ地域でのケア会議と同様の関係機関（者）の参加に絞られる。この段階では指定通院医療機関（候補）のスタッフの参加も得られている。

CPA/ケア会議の運用（イメージ） 2

- ・初回～回復期初期
基本的な情報共有、本人、MDT、関係機関との顔合わせetc
- ・回復期中期～社会復帰期中期
外出・外泊訓練時の地域との接触etc
- ・社会復帰期後期
外泊訓練の評価を踏まえ、処遇の実施計画（案）、退院申立ての時期、もっとも円滑な地域生活再開に有効な退院決定日の検討など

CPA/ケア会議参加機関（者）の例

本人
指定入院医療機関医療チーム
家族
保健所
精神保健福祉センター
候補となる指定通院医療機関の医師又はPSW
社会復帰施設、作業所
都主管課
付添い人

* 退院予定地変更が見込まれる場合、変更予定地の社会復帰調整官、地域関係者etc

東京都内が居住地の場合、国立精神・神経センター又は近隣の指定入院医療機関で開催するCPA/ケア会議には毎回関係者が参加している。（遠方の病院では、これが困難であり、大きな社会復帰阻害要因となっている）

29

病院と居住地の地理的課題

病院と居住予定地が近い場合

病院内CPA/ケア会議への関係機関参加・協力が円滑

(回復期以降の外出訓練で関係機関見学、面接、ケア会議等可能)

遠方の場合

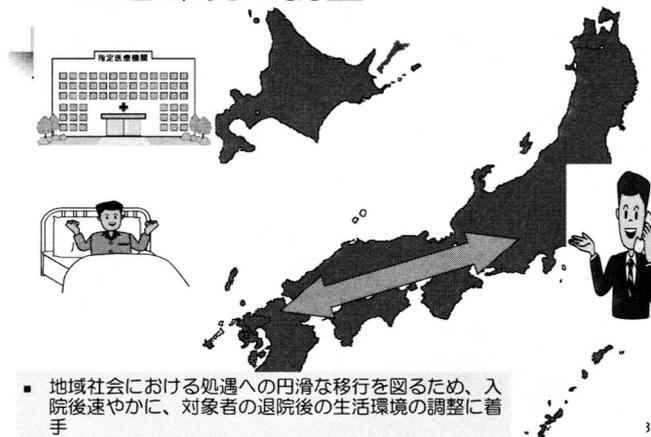
MDTと社会復帰調整官が協力して地域の関係機関との情報の交換を行っている・・・

(市区町村の関係機関が全ての会議に管外出張するのは困難)

入院中に本人及びMDTと地域関係者とが直接会う機会が外泊訓練時のみとなる可能性がある

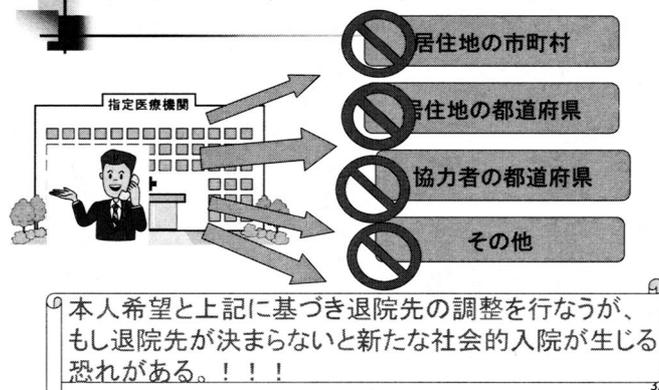
30

生活環境の調整



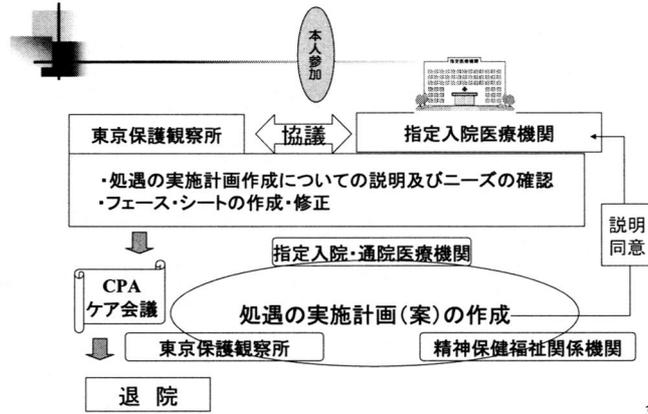
31

退院先（帰住地）の選定



32

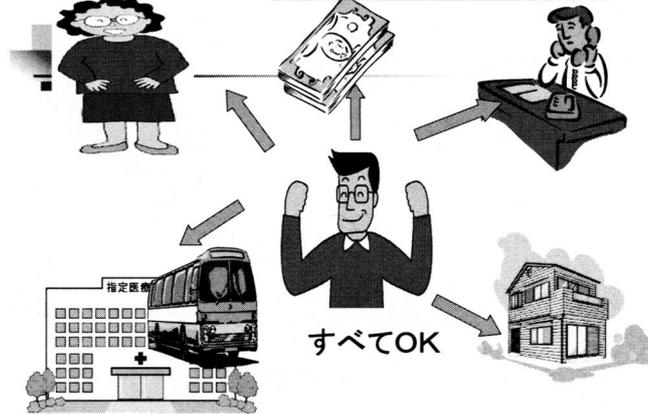
入院中からの地域体制作り (イメージ)



33

地域処遇への移行

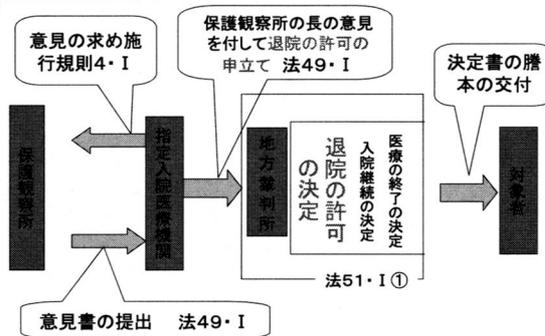
退院の準備・退院に必要な条件



34

退院の準備

退院の手続き



35

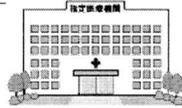
地域社会への移行 申立てと意見書

予めCPA/ケア会議を通じ、
申し立ての時期、
処遇の実施計画（案）etc検討



退院許可の申立て
を行います

※ 必要に応じ精神保健参与員の関与

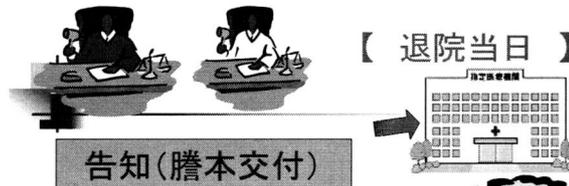


退院許可及び本制度による
通院の決定

保護観察所長
意見書



36

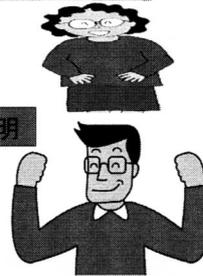


告知(謄本交付)

【退院当日】

住居届け

精神保健観察の説明



37

地域処遇のイメージ

仮想事例Aさん

処遇実施計画に基づく
支援体制のもとに



38

指定通院医療機関のクリティカルパス

(イメージ)

①前期(1ヶ月～6ヶ月)

(例) ・地域生活に慣れる。 ・外来通院が出来る。
・必要な薬が飲める。

②中期(7ヶ月～24ヶ月)

(例) ・計画的な生活が出来る。 ・困ったことが相談できる。 ・金銭管理ができる。 ・生活を楽しむ。

③後期(25ヶ月～36ヶ月)

(例) ・継続して必要な服薬ができる。 ・将来の見通しが立てられる。 ・安定した生活が送れる。

39

処遇の実施(法105条)

前条第一項に掲げる決定があった場合における医療、精神保健観察及び援助は、同項に規定する実施計画に基づいて行われなければならない。

注:前条第一項に掲げる決定=入院によらない医療を受けさせる旨の決定(いわゆる通院決定)

40

地域処遇への移行

実施計画の作成〔法104条〕

- 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ての留意事項や本制度の処遇終了後の一般の精神医療・精神保健福祉サービスの利用に関する事項
- 対象者に懇切・丁寧に説明し、同意を得るよう努める

41

精神保健観察とは・・・①

- 1 当該決定を受けた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

- 2 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を講ずること

42

精神保健観察とは・・・②

法第107条において、精神保健観察中に対象者が守るべき事項も定められている。

- 居住地の届出
- 一定の住居への居住
- 住居移転又は長期旅行の場合の届出
- 出頭又は面接の応諾

43

守るべき事項（法107条）

- 精神保健観察に付された者は、速やかに、その居住地を管轄する保護観察所の長に当該居住地を届け出るほか、次に掲げる事項を守らなければならない。
 - 1 一定の住居に居住すること。
 - 2 住居を移転し、又は長期の旅行をするときは、あらかじめ、保護観察所の長に届け出ること。
 - 3 保護観察所の長から出頭又は面接を求められたときは、これに応ずること。

44

個人情報は記載されていません

処遇実施計画書

(第 〇 年 〇 月 〇 日作成)

保護観察所長 印

次の者に対する処遇の実施計画を下記のとおき定める。

氏名	男 女	年 月 日生
住所	電話番号	携帯番号
保護者	(候補)	電話番号 携帯番号
緊急連絡先	電話番号	携帯番号
通院医療開始日(決定のあった日)	年 月 日	
① 処遇の目標		

45

(4) 処遇の内容・方法					
目標	① 身体リスクをカバーし、主治医をはじめ他の医療スタッフと信頼関係を築き、安全かつ継続した通院が可能となるよう援助する。 ② デイケア活動を通して、気分や感情の調整が効果的にできよう援助する。				
内容	機関名・所在地	担当者	回数	実施方法等	備考
① 通院医療	通院医療 ABCD病院 EFG区HI11-11 03-XXXX-1111(代表)	主治医〇〇 PSW:〇△	当週一回	外来日 毎週月曜日(当週1/週)	
	デイケア ABCD病院 EFG区HI11-11 03-XXXX-1111(代表)	デイケア担当 :	週1回	曜日:毎週月・〇曜日(当週2/週) 1日は診療日に合わせて参加。	
	生活相談等 ABCD病院 EFG区HI11-11 03-XXXX-1111(代表)	PSW:〇△		受診日に合わせて必要な面接。	
	夜間・休日(緊急時) ABCD病院 EFG区HI11-11 03-XXXX-1111(代表)	事務 → 当直医		病状が急変した場合等、緊急時の対応。	
留意事項	医療に関することは、まず、主治医である〇〇医師に連絡する。				

46

目標	1 身体リスクをカバーしながら、安全かつ継続的に通院の確保及び必要な援助が受けられるよう支援する。 2 生活上のストレスを軽減し安定、安心した生活が送れるよう支援する。				
機関名	担当者	内容	方法	回数	
ABCD病院 EFG区HI11-11 03-XXXX-1111(代表)	PSW SS	① 通院等、受診相談と院内調整及び生活上のアドバイス。 ② 関係機関の窓口	受診時に面接		必要時
授産施設 ▲■ 03-〇〇〇〇-1234	担当指導員 KK	① 生活環境の提供 ② 生活相談による不安、ストレスの軽減 ③ 食事、生活指導への援助	面接、アドバイス、コーチング通院・通所同行		必要時
FGK区福祉 03-XXXX-4444	ケースワーカー OO	生活保護に関することや生活全般の相談等	施設訪問・電話、来所相談等		必要時
FGK区健康 03-XXXX-2222	保健師 GG	必要時、本人の要請に沿って生活・健康に関する全般的な相談・アドバイス等	電話・来所相談等		必要時
東京都立精神保健福祉センター	SS・KK	① 本人の相談に保健所と協力して行う。 ② 処遇実施計画書や援助方法について助言する。 ③ 治療のプロセスに応じて、ケア会議で検討された保健福祉サービスの紹介や助言を行う。	必要時、保健所の相談に協力する。		保健所と協議して決める。

47

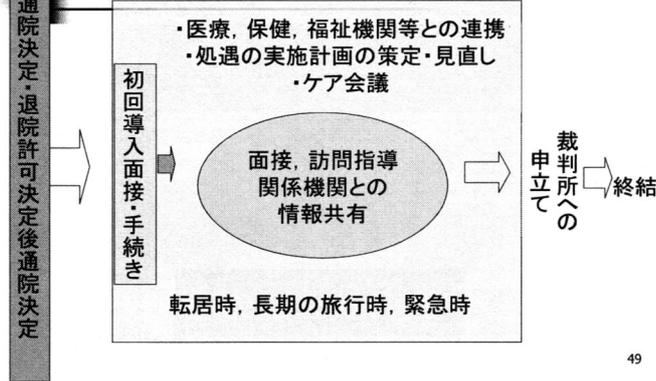
氏名 ●●●●●
作成日 平成●●年●●月●●日

	月	火	水	木	金	土	日
8:00							
12:00	デイケア	デイケア	通院 (1/2W) 訪問 面接(1/2W)	デイケア	デイケア	地域生活支援 センター	
16:00		ホームヘルプ サービス		訪問看護 (1/2W)	ホームヘルプ サービス		
20:00							

48

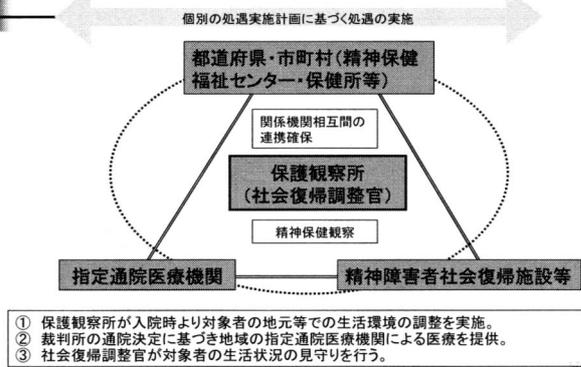
精神保健観察

(継続的な医療の確保と、見守り、指導など)



49

退院後の地域社会における連携体制



地域での処遇 病状悪化時の対応



54

病状悪化における対応（例）

●病状悪化等の連絡

- ・病状悪化、医療中断等緊急に対応することを認めるとき ⇒ 医療機関及び保護観察所に連絡し、必要な対応をする機関に連絡する。
- ・相互に情報の共有を図る。

●必要な医療の確保

- ・予めケア会議で定めた方法に沿って対応

●本制度の入院申立て ⇒ ケア会議で協議

55

〇〇さんの緊急時の対応について

(緊急時対応1)	気になることがあったとき	支援者対応	相談連絡先
病状悪化のサイン ・取れない ・物音に対して敏感 ・物音が気になる。 ・イライラする。	対応方法(家族・本人) 指定通院医療機関に相談 ①受診日(主治医) ②受診日以外(主治医又は病院スタッフ) ③病院に連絡が取れない時の関係機関として、保健所、保護観察所があり、家族にも協力していただく。	支援者対応 ・相談対応後、必要があれば ・受診を指示する ・相談内容・状況によって、主治医・調整官に連絡 ・病院に付き添う ・訪問回数を増やす	相談連絡先 ①〇〇病院 電話………(代表) ②△△保健所 電話………(代表) ③JJ保護観察所 電話………(直通)
夜間の対応	・家族に相談し、連絡が取れるまで様子を見る。		
(緊急時対応2)	つらくなったとき	支援者対応	相談連絡先
病状悪化のサイン ・取れない ・物音に対して敏感 ・物音が気になる。 ・イライラする。	対応方法(家族・本人) 指定通院医療機関に相談 ①受診日(主治医) ②受診日以外(主治医又は病院スタッフ) ③〇〇病院と連絡が取れない場合、家族、保護観察所、保健所に連絡する。	支援者対応 ・相談対応後、必要があれば ・受診を指示する ・相談内容・状況によって、主治医・調整官に連絡 ・病院に付き添う ・訪問回数を増やす	相談連絡先 ①〇〇病院 電話………(代表) ②△△保健所 電話………(代表) ③JJ保護観察所 電話………(直通)
夜間の対応	・家族に相談し、連絡が取れるまで様子を見る。		
(緊急時対応3)	とてもつらいとき	支援者対応	相談連絡先
病状悪化のサイン	対応方法(家族・本人)		

56

地域での処遇 緊急時の連絡体制

これがあれば、
安心だな。



F10

緊急時連絡先

・不安な時や気持ちがしんどい時には→
指定通院医療機関(002-0△▲-5555)

・サービスに関するもの→

N区保健相談所

TT保護観察所(002-0▽▽-6666)

・その他体調が悪い時には→

○▲総合病院(002-0×□-7777)

関係機関連絡先一覧

.....

精神保健福祉法での入院



58

精神保健福祉法の入院

..... Aさんの最近の様子

デイケアでは友達も
でき楽しそうに思えた
が..

YG区保健相談所保健師と訪問
したときは、表情が少し暗い感
じがしたが...

家でも黙り込んでいる時
は多いのですが.....



F17

59



G3

60

精神保健福祉法での入院

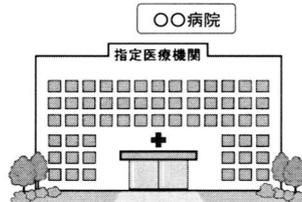
- 1 本人が自ら受診し任意入院となる場合
- 2 緊急にケア会議を本人宅で開催する場合
 - ・入院するか否か、悩み決められなかったが、自ら作成したクライシスプランに基づき、チームに励まされ、自ら決断し任意入院となる。

開催！
臨時ケア会議

61

通院開始 約1か月後

- その後、Aさんは任意入院をし、1か月で回復する。
- 入院中にケア会議を開催し、実施計画を見直した。



G7

処遇の実施計画の見直し

	月	火	水	木	金	土	日
8:00							
12:00	作業所		通院 (1/W)	デイケア	作業所	地域生活支援 センター	
16:00		ホームヘルプ サービス	訪問 面接(1/2W)	訪問看護 (1/2W)	ホームヘルプ サービス		
20:00			変更後 1				

G8

63

再入院の申立て（59条）

- 保護観察所長の申立て
- 当該指定通院医療機関の管理者の意見貼付
 - ① 入院による医療が必要(59条1項)
 - ② 医療を受ける義務(43条2項)違反、
遵守事項(107条)違反(59条2項)
「継続的な医療を確保できない」が基準

64

処遇終了と一般精神医療等へ

約2年後年後・・・



65

処遇の終了 ケア会議の開催

- ①医療観察法の処遇を継続か
- ②処遇の終了の申立てか



法44 通院期間満了

- ①退院許可決定日から3年間
- ②延長決定2年間

H2

66

処遇の終了 本人の意見は



指定入院医療機関から退院してもうすぐ2年余りになります。主治医のX先生も、よく薬のことも考えてくれるし、保健相談所に行って、いろいろ相談に乗ってもらえますし・・・、友達もできました。病気になるって20年ほどたちますが、こんなにきっちり病院に通ったのは初めてです。これからは、社会復帰調整官の人からいろいろ言われたりしなくても、やっていけるかなあと思います。

H3

67

処遇の終了N区保健師さんの意見



順調です
2年前を振り返ると
..

H4

68

ケア会議で協議

■ 処遇の終了の申立てをするか



処遇の終了の申立て

(法律54条 第1項)

■保護観察所の長は、通院の決定又は退院許可の決定を受けた者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があると認めことができなくなった場合は、指定通院医療機関の管理者と協議の上、直ちに、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをしなければならない。

70

(再入院の申立て) 法第59条

- 保護観察所長の申立て
- 当該指定通院医療機関の管理者の意見貼付
 - ① 入院による医療が必要(59条1項)
 - ② 医療を受ける義務(43条2項)違反、遵守事項(107条)違反(59条2項)

71

裁判所の決定により終了

- ○月○日, 地方裁判所が
「この法律による医療の終了」する旨の決定



72

参考資料

- ・ 地域社会における処遇のガイド
ラインにみる各関係機関の役割
etc
- ・ 医療観察法付則から抜粋

73

①関係機関の定義

- ・ 地方厚生局・指定医療機関・保護観察所
- ・ 都道府県・区市町村
- ・ 精神保健福祉センター
- ・ 保健所等・精神障害者社会復帰施設
- ・ 精神障害者居宅支援事業者等地域ケア
に関わる機関

74

地域社会における処遇に携わる関係 機関共通の役割

- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、以下の役割を共通して担う。
 - ・処遇の実施計画の作成及び見直しに携わる。
 - ・処遇の実施計画に基づく処遇を実施する。
 - ・ケア会議への参加などを通じ、関係機関との緊密な連携に努め、処遇を実施する上で必要となる情報の共有を図る。
 - ・生活上の調査・調整及び精神保健観察を始めとする地域社会における処遇の実施に関し、保護観察所からの要請に応じ、必要な協力を行う。

75

通院決定時又は退院許可決定時 における対応

ア指定入院医療機関入院を経ている場合

- 退院許可決定に当たっては、指定入院医療機関及び入院地保護観察所と、指定通院医療機関、退院地保護観察所等地域社会における処遇に携わる関係機関との間で、必要な情報を交換するなどして、処遇の継続性の確保に配慮する。
- 保護観察所は、関係機関と連携し、家族等による出迎え、緊急時における医療の対応等の調整を行い、対象者が退院地へ円滑に移動するための方策を講ずる。

76

保護観察所

- 保護観察所は、本制度において、当初審判の段階から一貫して対象者に関与する立場にあり、地域社会における処遇のコーディネーターとしての役割を果たす。
- 保護観察所は、生活環境の調査、生活環境の調整（退院地の選定・確保のための調整、退院地での処遇実施体制の整備）、処遇実施計画の作成及び見直し、精神保健観察の実施（継続的な医療を確保するための生活状況の見守り、必要な指導等）等を行う。
- 保護観察所は、平素からの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の緊密な連携体制を築く。
- 保護観察所は、地域社会における処遇が円滑に行われるよう、関係機関と連携して、本制度の普及啓発を行う。

都道府県主管課

- 当該都道府県関係機関が行う処遇の実施状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定める など、必要な調整を行う。
- 都道府県主管課、精神保健福祉センター、保健所等の都道府県関係機関の果たすべき役割の明確化と分担を明らかにする。

78

精神保健福祉センター（都道府県・政令市に設置）

- 都道府県・市町村等が行う援助（精神保健福祉サービス等）を始め、本制度において行われる地域精神保健福祉活動に関する業務の支援（技術援助、育研修等）を行う。
- 精神保健福祉相談、デイケア等のリハビリテーション機能をいかし、対象者及びその家族の支援を行う。
- 本制度による処遇終了後の一般の精神医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑な橋渡しを行う。

79

⑦保健所

- 地域精神保健福祉の立場から対象者の相談に応じ、訪問指導等の、地域ケアを行う。
- 対象者の家族からの相談への対応を行う。
- 市町村等と協力して、地域住民からの相談の窓口としてその対応を行う。
- 地域社会における処遇において、緊急的な介入が必要な場合における精神保健福祉法に基づく医療の確保、移送のための関係機関との連携等を行う。

80

精神保健福祉改革の文脈で・・・1

・ 医療観察法付則第3条 2

政府は、この法律の対象とならない精神障害者に関しても（中略）精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図るものとする。

81

精神保健福祉改革の文脈で・・・2

・ 付則第3条 3

政府は、この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする。

82

参考・引用文献、資料

「障害保健福祉関係主管課長会議資料」（医療観察法の施行について）
平成16年10月15日厚生労働省社会
援護局障害保健福祉部精神保健福祉課

「地域社会における処遇のガイドライン」
法務省保護局 厚生労働省社会・援護局
障害保健福祉部

「心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック」
法務省保護局

「心神喪失者等医療観察法施行準備のための保護観察所、指
入院医療機関意見交換会」資料
国立精神・神経センター病院
三澤孝夫

83

地域生活支援と連携のあり方—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
東京会場 [実践報告] 2009. 3. 10(火) / 13:30-14:10

医療観察法における地域処遇の関係機関連携のシステムについて

講師 / 尾上 孝文 (東京都立中部総合精神保健福祉センター
保健福祉部広報援助課 課長補佐)

-
- 1 はじめに
 - 2 広域支援のはじまりは対象者を中心としたケア会議から
 - 3 行政からみた個別支援の概要例
 - 4 東京都内の本法に関する精神保健福祉医療行政の現状
都、区市町村、保健所、精神保健福祉センター等
 - 5 広域連携の現状
東京都心神喪失者等医療観察制度運営連絡協議会
(同上)専門部会
東京都医療観察制度地域支援システム検討会
各種連絡会、研修会、事例検討会
 - 6 その他
認識の差と偏見・スティグマ排除への道
地域における対応困難事例への支援
危機介入と日頃からの支援
措置入院制度や救急医療制度との関係
地域処遇における各種プログラムの構築
退院促進支援事業との関係
自殺予防、薬物等依存、発達障害者、犯罪被害者支援諸施策との連動
指定入院・通院医療機関等医療の確保
福祉、保健、医療の各地域での連携再構築
社会復帰調整官等支援者の燃え尽き防止
専門職による専任の精神保健福祉行政担当者配置
-

平成20年度障害者保健福祉推進事業補助金事業

地域生活支援と連携のあり方—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

東京会場 [実践報告] 2009. 3. 10(火) / 14:15-14:50

医療観察法における地域処遇の関係機関連携のシステムについて

講師 / 日暮 恵美 (東京武蔵野病院医療相談部 部長)

1 当院の現状

医療観察法の施行から3年半が過ぎ当院では19名の受け入れをし、4名が終了（終了2名、指定通院病院への転院1名、再指定入院1名）し、現在15名の通院者がおられる。

また、省令改正による特定病床による入院者が7名（現在3名が入院）となっている。

2 事例

3 地域生活に向けての連携

地域生活支援と連携のあり方—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

【東京会場】 2009. 3. 10(火) 15:00-15:30

【京都会場】 2009. 3. 13(金) 15:30-16:00

補助金事業概要報告

1 事業名

「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」
(平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業)

2 事業の実施方法

本事業は、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、指定通院医療施設等の連携のあり方について、フィールドスタディを通じて現状を把握し、円滑で効果的な連携システムのあり方を提示することを目的としている。

フィールドスタディの具体的な方法としては、対象地域を東京都と千葉県の2か所とし、2都県の保護観察所及び精神保健福祉主管課等の協力を得て、以下の調査等を実施している。

- (1) 東京都・千葉県における地域関係機関連携システムの調査
- (2) 関係機関の処遇担当者等へのヒアリング調査
- (3) 関係機関連絡調整会議等へのオブザーバー参加による調査
- (4) 小圏域におけるケア会議へのオブザーバー参加による調査
- (5) (1)から(4)の調査による現状把握と課題の抽出
- (6) 事業報告書の作成及び研究成果の普及に関する企画

3 現時点で明らかになったこと

- ① 報告ケア会議から見る地域ネットワークの実情と課題
 - ② 地域関係機関へのヒアリングから見る地域ネットワークの実情と課題
- ※ 当日は、概要を報告予定

4 求められる地域連携のあり方について

- ※ 当日は、概要を報告予定

平成20年度障害者保健福祉推進事業補助金事業

地域生活支援と連携のあり方—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

京都会場 [講義Ⅱ] 2009. 3. 13(金) / 11:30-13:00

社会復帰調整官による支援の現状と課題について

講師 / 植松 俊典 (京都保護観察所 社会復帰調整官)

社会復帰調整官による支援の現状と 課題について

京都保護観察所

社会復帰調整官 植松 俊典

社会復帰調整官について

- ・平成21年3月現在社会復帰調整官の数は84名
- ・保護観察所は全国に50ヶ所3支部あり、全庁に社会復帰調整官が配置されている
- ・複数配置庁（保護観察所に2名以上の社会復帰調整官が配置されている庁）は平成21年3月現在、19庁

保護観察所(社会復帰調整官)の業務

- ・ 生活環境の調査
(審判の処遇決定に係る資料の作成)
- ・ 生活環境の調整
(退院にむけての準備)
- ・ 精神保健観察
(通院期間中の見守り)
(継続的な医療を受けさせるための助言指導)
- ・ 関係機関の連携の確保
(処遇実施計画の策定)
(ケア会議等の開催)
(制度説明等の普及啓発)

保護観察所における医療観察事件の処理状況

【制度施行から平成20年末までの受理状況】

生活環境調査: 1, 326件

生活環境調整: 784件

精神保健観察: 471件

* 数値は速報値である。





医療観察法における地域処遇の概要

本法の目的（１）

第一条

その適切な処遇を決定するための手続き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

本法の目的（２）

第一条の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。

地域処遇を実施する上での基本方針

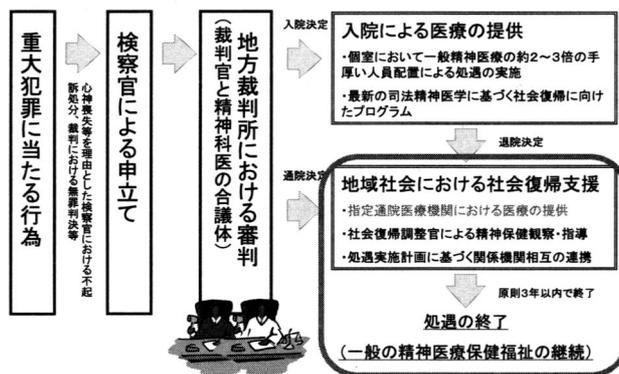
(GL P4)

○対象者自らが、必要な医療を継続し、その病状を管理し、本制度の対象行為となる同様の行為を行うことなく社会生活を維持できるよう支援する。

○地域社会における処遇に携わる関係機関等が平素から相互に連携し、協力して処遇を実施し得る体制を整備する。

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

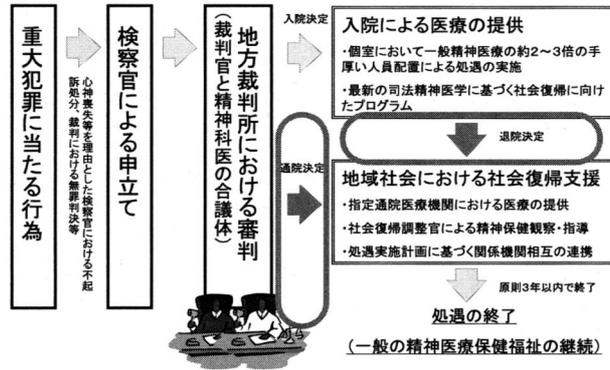
iii 地域社会における社会復帰支援



地域処遇(通院処遇)への導入

1. 指定入院医療機関への入院を経て、開始される場合
2. 当初審判において、通院決定となる場合

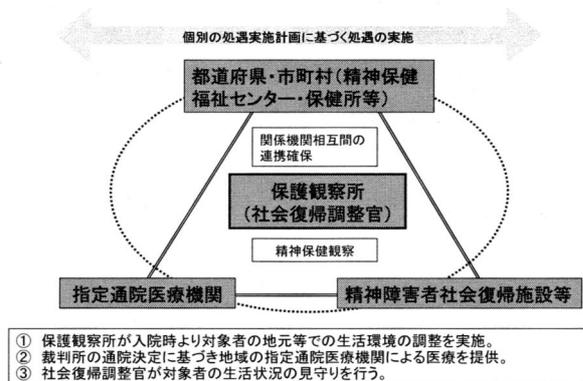
地域社会における社会復帰支援



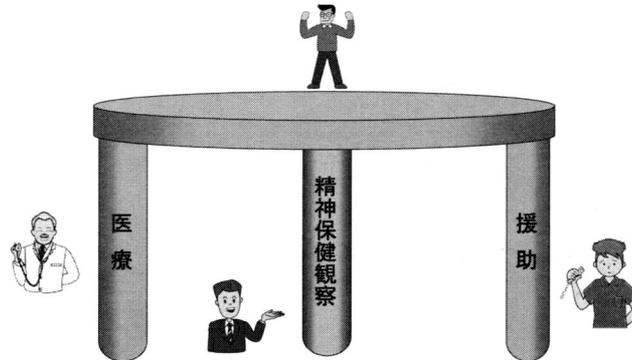
医療観察法による地域処遇の規定

- 医療観察法に基づく通院期間は、原則3年間
- 指定通院医療機関が実施する医療は国費
(ただし、精神保健福祉法に係る入院医療費等は実費負担)
- 処遇実施計画に基づく処遇の実施

退院後の地域社会における連携体制



地域処遇の3本柱



地域関係機関の役割

- **通院医療**（通院治療の安定的継続的な提供）
診察、デイケア、訪問看護、心理教育、病状悪化時の医療対応など
- **援助**（通院医療が安定的に継続して受けられる環境の整備）
障害福祉サービス事業者等…住居提供、作業訓練、居場所の提供など
保健所 …訪問、精神保健福祉相談など
指定通院医療機関 …障害年金等の申請援助など
市町村福祉課 …精神障害者保健福祉手帳の認定、福祉相談など
- **精神保健観察**（①生活状況等の見守り、②継続的な医療を受けさせるために必要な助言指導）
本人及び家族相談、病状悪化時の対応など

地域処遇における保護観察所の役割

1 精神保健観察

対象者に面接して、処遇実施計画における対象者の希望の聴取、継続的医療を確保するための指導等を行っていく
⇒直接援助業務

2 関係機関の連携の確保

処遇実施計画を策定し、ケア会議を開催して、処遇実施計画に基づく地域支援体制をコーディネートしていく
⇒間接援助業務



ケア会議の開催

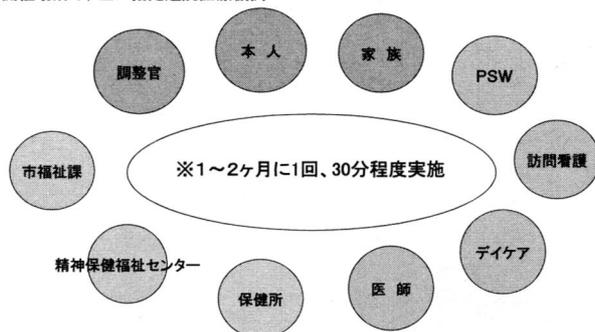
- 処遇実施計画の策定, 見直し
a:医療 b:精神保健観察 c:援助等
- 対象者の治療状況・生活状況等の確認
- 処遇終了の申立て等に関する協議
- その他緊急時における対応等
- 対象者のケア会議への参加



【ケア会議のイメージ】

(参加機関) 指定通院医療機関, 精神保健福祉センター, 保健所, 市障害者福祉課, 保護観察所など

*開催場所は, 主に指定通院医療機関



処遇の実施計画の内容

- 保護観察所長名 の文書
- 対象者及び保護者の住所・氏名連絡先及び緊急連絡先
- 通院医療開始日
 - (1) 処遇の目標
 - (2) 本人の希望
 - (3) ケア会議等
 - (4) 処遇の内容・方法 ①通院医療 ②精神保健観察 ③援助
 - (5) 緊急時の対応
 - (6) その他の留意事項
- 欄外下部に「私は上記の処遇の実施計画について説明を受けました」とあり, 日付欄及び対象者の署名欄がある

処遇の実施計画 記載内容例

処遇の目標・本人の希望部分(例)

(1) 処遇の目標
1 退院後のストレスに適切に対処し、地域生活に早く慣れることができるように支援体制の構築を図る。
2 医療の継続が図れるように支援する。
(2) 本人の希望
両親との生活に慣れていきたい。 デイケアに早く慣れて、友達を作りたい。 将来的には、働きたい。

実施計画におけるケア会議部分(例)

(3) ケア会議等			
開催回数	退院後、最初の6か月間は、原則として毎月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、〇〇病院等で適宜開催
検討事項	① 必要な医療の確保の手立てについて ② 日中の過ごし方について ③ 周囲とのつながりを保つための手立てについて ④ 安心して地域生活が継続できるための手立てについて ⑤ 関係者との連絡体制について		
留意事項	ケア会議は、保護者(〇〇〇〇)の参加に配慮して、日程調整を行う		
連携方法	社会復帰調整官による多職種チーム会議への参加及び援助実施機関からの電話等による定期報告(月1回)		

実施計画における通院医療部分(例)

(4) 処遇の内容・方法					
目標	1 通院による医療を受けて服薬を継続することができる。 2 本人と家族が良好な家族関係を維持できる。 3 本人との信頼関係を構築する。				
① 通院治療	内容	機関名・所在地	担当者	回数	実施方法等
	通院医療	〇〇病院 〇〇市・	▲医師	週1	個別の治療計画による。信頼関係の構築に重きを置く。
	訪問看護	〇▲病院	〇〇看護師	週1	個別の治療計画による。なお、訪問時服薬状況を確認する。また、複数での訪問を予定(必要に応じ、他機関スタッフとの同行訪問)。

実施計画における援助部分(例)

③ 援 助	目標	1 本人の生活基盤作りを支援する 2 面接等を通して、本人及び家族と良好な関係を構築する				
	機関名	担当者	内容	方法	回数	備考
	○▲病院	OPSW	生活相談, 就労相談	診察時等	適宜	
	機関名	担当者	内容	方法	回数	備考
	○○保健所	◇精神保健福祉相談員 ◆保健師	病状悪化防止や生活支援のための助言指導等を本人及び家族に行う。	来所・訪問等	月1	
	○◇地域活動支援センター	○相談員 △指導員	本人の生活基盤作りを支援していく	電話・訪問等	週1	
留意事項	処遇実施機関との情報共有に留意する。					

実施計画における緊急時対応部分(例)

(5) 緊急時の対応
<p>1 本人の対応 困ったことがあるときは、その都度、関係機関からの訪問や受診等の際に自ら担当者に相談する。精神的・身体的不調を感じるとき等は速やかに○○病院へ受診する。</p> <p>2 家族の対応 1の対応が行われるよう本人に勧める。ただし、困難な場合は、家族は関係機関に速やかに連絡し、相談する。</p> <p>3 関係機関の対応 本人や家族から緊急時の連絡を受けた場合は、精神状態等を確認の上、保護観察所に連絡する。保護観察所は関係機関と協議して、必要に応じて訪問等により更なる状況の把握に努めるとともに、医療を確保するための方策を講じる。なお、関係機関が訪問等で精神症状の悪化を確認した場合、○○病院(主治医)へ連絡し、速やかに医療を確保するための指示を仰ぐ。</p>
(6) その他の留意事項
<p>(本制度の処遇終了後の一般の精神医療・精神保健福祉サービスの利用に関する事項) 現在は退院直後のため、約6か月経過以降に検討を始める。 (その他) 関係機関の連絡先は別表のとおり。</p>

地域生活支援と連携のあり方—医療観察法における地域処遇推進のための支援者研修
京都会場 [実践報告] 2009. 3. 13(金) / 14:00-15:20

医療観察法における地域処遇の関係機関連携のシステムについて

講師 / 小出 保廣 (堺市こころの健康センター 次長)

平 則男 (杏和会阪南病院リハビリテーション部 部長)

1 大阪府における医療観察法決定の状況(平成20年12月末現在)

入院処遇	39件
通院処遇	32件
不処遇	4件
却下	2件
調整中	9件
計	86件

2 堺市における医療観察法処遇の状況

入院処遇	1件
通院処遇	5件
計	6件

3 堺市における処遇ケースのかかわり

- (1) ケア会議の出席 当初 本庁(社会復帰調整官・本人・家族他・病院スタッフ・精神保健福祉課・こころの健康センター・保健センターの参加)
次回から(社会復帰調整官・本人・家族他・病院スタッフ・保健センター・こころの健康センター・その他関係機関)
- (2) 日常のかかわり(社会復帰調整官・医療機関・福祉機関等)

4 堺市の医療観察法の処遇

入院事例と通院事例への処遇

5 通院医療機関から見えてきたもの

6 地域処遇から見えてきたもの

7 精神保健福祉法の通院医療と医療観察法の比較

- (1) 社会復帰調整官の存在の大きさ
- (2) 定期的なケア会議の開催と本人の参加
- (3) 居住地域の決定の困難さ
- (4) 医療機関の外来機能と地域福祉サービスの利用と連携
- (5) ピアの活動の導入について
- (6) 通院処遇終了後のかかわりについて

グループ意見交換会で出された意見(東京会場)

1. 連携状況の課題

【関係者の持つスティグマ等からみる普及・啓発の必要性について】

- ・ 部署内で検討している。最初に受け入れる関係者の拒否感があるし、大きい。市町村の理解、家族の受け入れ、理解を向上したい。
- ・ 都心で単身アルバイト生活者は結構そこへ戻るのはできる。逆に元々地元で家族と住んでいる方などは戻りにくい。
- ・ 地域に帰る一ケア会議の出席者はみな帰ってくることを望んでいない。
- ・ 対象者の捉え方・・・多くの人に関わっている安心感の反面、危険視している部分がある。→普及・啓発の必要(基本的部分)
- ・ 支援者自身の構え
- ・ 地域の現場が医療観察法と聞いただけで、壁が出来てしまう。不動産業者、グループホーム、介護施設などの地域の受け入れ側が引いてしまう。お金の裏づけが得られることも大切な条件である。
- ・ 家族の受け入れ拒否への対応。
- ・ 受け入れの体制づくり。
- ・ 犯罪行為をしたことにより、偏見などもあり、復帰の調整が大変。退院支援後のアフターフォロー。
- ・ 法律への認知の違いがある。
- ・ チームで対象者に関わる際、スタッフ自身の人格を疑う様な発言がある倫理の違い。
- ・ 精神科を受診している患者さんが、他施設に異動する場合、受け入れられにくい。
- ・ 地域が医療観察法制度についての認識不足。(受け入れ側、支援者によるラベリング)
- ・ 法が施行され、入院中心から通院への移行も今後増える中で、対象者による自己開示が与える影響(周囲への)及びその中で対象者が受ける不利益の可能性をどう支援者側として対処していくのか。

【連携の阻害要因】

- ・ 最終責任をどこがとるのか。
- ・ 連携の取っ掛りが分からない
- ・ 対象者を受け入れるにあたり、地域固有の理解(地域差)の仕方がある。アプローチの工夫が必要。
- ・ 対象者、利用者の問題への対応について、その対応策を出したり、関係者に共通理解を得るのに時間がかかる。生活支援を理解する。理解をしてもらうのが大変難しい。具合が悪い時に連携を取ってもらいたい。具合の悪さをどう判断、アセスメントするかが難しい。
- ・ 参加員をしていて、入院について裁判官、医師が話し合い、地域に戻ることの視点があまりない。
- ・ チェック機能を果たすと、敬遠されてしまう。
- ・ 司法の理解が地域によって異なる。
- ・ 自治体、裁判所、保護観察所の格差。
- ・ 医療機関と地域の連携、必要と思いつつ進まない。
- ・ 別のメンタルヘルスの課題との距離があるのでは？
- ・ 別の法律の対象者とどう違うのか？
- ・ 調査官一人なので各県、市町村、保健師等と連携しないとたちゆかない。県によって異

- なと思うが、通院医療機関が担う部分も大きく、連携自体は協力してくれている。
- ・ 県の担当者の理解が不十分(24条通報時保健所の方で医療観察法で進めてくださいとメモをする時がある)
 - ・ 検察官が申立てをして医療観察法へのせるので、その間にタイムラグが生じる。鑑定は自宅鑑定のケースがあってもよいのではないか。(鑑定入院してしまうと生活が奪われてしまうので)―ほとんど無いであろうが。
 - ・ 医療観察法の対象者も様々で継続して手厚く支援することが必要という方も多くはない。
 - ・ 入院は手厚いが、通院は調整官が関わる以外、通常 of 精神保健福祉法の支援とそう変わりはない、というよりも現状としてそれ以上はない。
 - ・ 入院中から地域とカンファレンス等、連絡をとっていけたら良いか。
 - ・ 関係を作るのに時間が掛かるので、早めから関わらせてもらえたらと思う(行政)
 - ・ 処遇終了になると調整官は関われない。入所になられたら、入所施設にお任せか。
 - ・ 病院看護師基準が厳しくなり、看護師が病棟にいなければならず、病院で行ったとしても、ケア会議へ参加しにくい。裏づけが無ければ連携が取れない。
 - ・ 援護寮の受け入れも、待機期間があつたり、試験利用をしたくても、本人の外泊をする際の手順、裁判所の手続きに掛かる期間、援護寮入寮のタイミングが難しい。
 - ・ 千葉はPSWを保健所に配置されているので連携がとりやすい。
 - ・ 担当者が変わっても、ダブルマネージメントを続け、引き継ぐ形がとれるような方法をとっている所もある。(例：社会復帰調整官、保健師)
 - ・ 転居した際の連携の問題。
 - ・ 各機関へ情報を流してほしい。
 - ・ 病院側、地域側の問題意識による。
 - ・ 初めて受け入れる場合の役割がはっきりとしていない。
 - ・ 行政センターとの連携が多いが、福祉専門職が居ない上に、職員の移動で支援が繋がらない。
 - ・ 行政機関の役割意識の低さ―市町村によって違う。本来ならダブルコーディネーター。
 - ・ 対象者の入院期間が長く、経費面でも関われない状態。
 - ・ 鑑定後直接→準備できていない。圏域、市域をこえた関わり。
 - ・ 物理的距離、交通費が本人負担。
 - ・ 遠い、遠方で通えない。
 - ・ ケア会議に出席する場合、本来自分の所属する病院の仕事がおろそかになる。
 - ・ 精神障害者施策で市町村は手がいっぱいでそこまで手がまわらない。
 - ・ 障害者自立支援法のケアマネジメントと比較するとケア会議が多い。
 - ・ 裏づけがないとケア会議が開けないのでは。
 - ・ 地域でCPA会議は必要と感じるが、財源がなく出来ていない。誰がコーディネーターになって次の処遇を継続していくのかはやはり課題。
 - ・ カンファレンスが手厚い。
 - ・ ケア会議は、計画の変更も含めて、重いケースに入れば回数も時間もかかる。
 - ・ 事前ケア会議が行われていない。

【高齢、重複障害等との関係】

- ・ 生活訓練施設内に処遇困難事例がある。障害程度重いが(精神+知的障害)家族と疎遠。放火?で刑務所に服役していた(えん罪の可能性もある)。関係作りが大変だった。身体疾患もある。
- ・ 緊急性の高い利用者が多い。
- ・ 認知症などの暴力、医療保護入院の多さ。
- ・ 宮城県、精神科のベッドが余っているが今は認知症の方で入院が埋まっている。
- ・ 認知症入院病棟を潰して指定医療となっている。
- ・ 高齢者の対応(60代~70代)。審判が決まっても処遇が困っていることが全国的にも除々に問題になっていくのか。精神+認知症。
- ・ 入院中にアスペルガー、知的障害等が分かることもある。

【情報の取り扱いについて】

- ・ 正確な情報が受入れ時に入っていない。
- ・ 地域住民がケア会議に参加することはないのか?どこまで個人情報オープンにされるべきであろうか?地域に誰が報告していくのか?
- ・ 情報の扱いについて。

【現場の現状】

- ・ 医療観察法にのるのかどうか。場合によって異なる?曖昧さがあるのでは。
- ・ 近くの病院で受け入れることを始めている。
- ・ 5ケースを二人体制で支援。来年30床が開設する。
- ・ 他の病院でやっていたことを材料に、この分野に生かす。
- ・ ベッド数を減らして、人材を医療観察法に集中している。
- ・ 指定相談支援事業所がサービス計画書を作成して、地域プランをつくることできる。単価は安い。
- ・ 同時進行で複数のケースに携わって人手不足。1人10件(広島)。関東だと15件~20件。
- ・ クライシスプラン作成一病院が主体で作成することが多い。
- ・ 病院のプログラムのツール→ストレスケアのチェック表をもらうとか。評価シートの活用。人によってアレンジ。
- ・ 医療観察法でできた地域スタッフとの連携を他の患者さんのケースワークに使用することができればよいのでは?
- ・ 自殺(自死)に対するリスクマネジメント。
CPA会議の中でも希死年慮の有無についても一つの課題として取り上げる必要があるのではないか。再被害行為防止に視点を置いているからなのか。
- ・ この法律にのっとった対象者は再発、再犯は抑えられている傾向がある。

【家族支援における課題】

- ・ 被害者がご家族の場合、家族として関わり続けて、変化を見守っていくこともあるが、必要であれば別に心理的、専門的サポートができるシステム的なものはないか。
- ・ 家族教室を開催していない。
- ・ 家族への協力を求めないといけない。

【居住地確保の困難】

- ・ 居住地、住居の問題。
- ・ 保証人の問題。
- ・ 病院やケアホーム、グループホームの多い地域に集まってしまう。
- ・ 地域で対象者を受け入れていくことについて、居住地が見つからない、一住民として、

医療観察法病棟から退院した対象者を受け入れられるだろうか？

【処遇終了に向けての課題】

- ・ 処遇終了後、通院先の変更をするのか。指定医療機関の近くに居住？
- ・ 対象者の適応について、どれ位地域でみていっているのか。3年間の観察……早めに終了する場合もある。
- ・ 3年間のみで、支援関係が途切れる。
- ・ 支援関係を継続する為のシステムの問題。
- ・ 処遇終了後は誰がコーディネートを担うのか。ケア会議で決めた役割があるはずだが。
- ・ 処遇終了と共に誰が支援のイニシアティブを取っていくのか。(ダブルマネージメントコーディネートの必要性)
- ・ 通院決定後の心理教育、内省教育。

(地域格差問題)

- ・ 受け入れ地域側のマンパワー不足、予算不足。(支援者側の温度差)
- ・ 研修システムが少ない。(地域によって格差があると感じている。)
- ・ 地域、機関の格差。
- ・ 地方と関東の違い→県が会議に出てくることはない。都の医療観察法の連絡協議会の講義を、神奈川では県立病院がしている。しかし、医師の言うことが全てではない。

2. 今後連携を進めるために必要と思われること

【普及・啓発について】

- ・ 勉強会
- ・ 施設間の交流会(定期的)。少しずつ地域住民の方にも入ってもらう。
- ・ 住民の方とは、細やかに関わる。自治会に入る。
- ・ 普及啓発→どこがやるのか？行政？
- ・ 指定を受ける場合は、職員の研修等を前もって行ってもらえると制度が理解しやすい。
- ・ より多くの普及啓発の場が必要。
- ・ 東京モデルが広げられるものではない。地域によって問題、課題が異なっている。「レッテル張り」説明を地域ですればする程レッテル張りをしているのではないか。
- ・ 地域住民が、医療観察病棟にボランティアとして入ることは出来ないのか？←住民への理解を進める為に。
- ・ 医療観察法について、国民はあまり知らない為、制度について知ることの出来る場の提供が必要。

【支援関係の構築について】

- ・ 顔の見える関係を作る。
- ・ 主治医との信頼関係を築く(治療の継続のポイント)。
- ・ 顔を合わせた連携、定期的に会う、疑問に早く対応、応える。
- ・ 早めの対応(病状悪化に対して)。しかし、いつ？誰が？その判断は？その対処は？
- ・ 本人の同意による処遇計画(本人の意志と社会復帰のバランスの調整)。
- ・ 地域の保護司との連携を進めていく(誰が先頭に立つべきか？)。
- ・ 対象者が医療観察法のもとを離れた後の支援関係の構築。
- ・ 事前会議が重要ではないか。(日頃からのネットワーク作り、意見交換を行っていく)
- ・ 役割の明確化(中立の立場でのコーディネーターを中心として)を図り、なおかつ協同していく事の重要性について認識を深めることが必要ではないか。
- ・ 安定した支援、電話だけでも良いので、安心できる体制作り。

- ・ 医療観察法のノウハウを別の支援にも活用していく。

【処遇中、処遇終了後の支援を円滑に進めるにあたって必要なこと】

- ・ 対象者をサポートしてくれるインフォーマルな社会資源を見つける。
- ・ ケアマネジメントの保障。
- ・ 処遇終了後、地域の安心感の為に医療機関受診。
- ・ 認知症サポーター。
- ・ 精神障害者ホームヘルプ。
- ・ 保護観察所等(国の機関)の処遇終了後の継続的関与(スーパーバイザー的な)。
- ・ 自立を促せるシステムの構築。
- ・ 研修システムの構築、地域格差を解消し、マンパワーの充実を図る公的機関が中心となっていく必要がある。
- ・ 病院の囲い込みにならないよう、住宅政策をたてる。
- ・ 地域の社会資源の充実とマンパワーの確保。
- ・ 国からの資金援助が必要。
- ・ 他法との連携。

【連携において必要と思われること】

- ・ マニュアルを作成する(引継ぎ用)。記録、文書の活用。
- ・ ケア会議等に参加しやすいような裏付け。時間、お金の確保。
- ・ それぞれのプラン(社会復帰調整官、受ける施設など)のすり合わせ。ケアの統一。ダブルマネージメント。
- ・ 入居施設等で本人や家族、関係者も交えた独自のケア会議を開催。
- ・ 引き継ぎの連携のしくみや、体制を作っていくことが必要。(援護寮→グループホーム)
- ・ 入院して退院する前に、クライシスプラン(連絡先)を作る方法もある。
 - * クライシスプランは本人が自分のことを知るためにレベルわけをする。
- ・ 連携は顔と顔が繋がること。(守秘義務が守れる、色々なことが話せる会は必要)
- ・ ケア会議に大家、不動産屋を出す場合の守秘義務の問題、義務手続きの必要性。
- ・ 再犯を防ぐ地域の役割分担を決めておくこと。
- ・ 指定医療機関、居住の場の数を増やす。
- ・ マンパワーの確保。
- ・ 処遇実施計画を紙だけのものとせず、個々の役割を明確にする必要がある。
- ・ 処遇のステージで都に関わるチームの変更が必要。
- ・ 地域で運営できるプランの構築が可能になれば、連携がしやすくなる。
- ・ P S Wが地域と連携して住居探しの際、コネクションを作っておくことが大切。
- ・ いつまでチームが対象者と関わるのかが不明確な為、どのようにチームとして動いていくのかを確認していく必要がある。
- ・ 対象者が退院後、仕事をしたいと希望した場合、ジョブコーチなどがサポートしていくと思うが、誰が主にサポートするのか？
- ・ 病院のP S Wだけではサポートは難しいので、訪問看護やヘルパーを充実させる必要がある。
- ・ 医療観察法に限らず、日常的連携を。

【地域側の受け入れを進めていくにあたって必要なこと】

- ・ 地域力を底上げ。
- ・ 帰ってきてほしくない地域の気持ちの理解と対応。
- ・ 地域の受け入れ体制の整備。
- ・ 圏域の設定。

- ・ 家族へのフォロー。
- ・ 重複障害の支援。
- ・ 訪問看護を活用すべき。
- ・ クライシスプラン、様々なツールを地域の支援者に引き継いでいく。
- ・ 家族関係の調整。
- ・ サービスが偏在している点の改善。
- ・ 急な受入れが可能な施設を増やしていく。
- ・ P S Wや他職種のリценズを持つ者が地域でサポートしていけるようなシステムの構築。
- ・ 施設等を利用する場合、その後の道筋をつくる計画を立てて地域へ。

【スティグマ排除に向けて】

- ・ 支援者、地域、本人、それぞれの安心感の確保。
- ・ 支援者自身の見立て、構え直し。
- ・ 精神障害に対する拒否感、高齢、障害で働く人にも広報をしていくべき。
- ・ 関係者の知識を上げていく。

グループ意見交換会で出された意見(京都)

1. 連携状況の課題

【関係者の持つスティグマ等からみる普及・啓発の必要性について】

- ・ 家族自身の中に、障害に対する偏見を持っており、福祉支援を受けようとししない。
- ・ 実際に医療観察法に関係していない専門職は、ケア会議やCPA会議の違いからして分からない。
- ・ 本人発言の受け止め方の差、支援相談員の質的レベルに生じている差。
- ・ 訪問看護が単独で大丈夫なのか。

【連携の阻害要因】

- ・ いつからチームでの検討を始めるのか、という課題から、医療観察の対象となった時点から始めている所(宮城など)があり、家族調整から考えればその方が良い場合もある。
- ・ 入院処遇になった際、他府県に入院中の場合、どのように連携をとるのか。現状では、入院している人に地方に来てもらって話し合いをしたりする場合もある。
- ・ 通院処遇が終了後、誰が軸になるのかによるが、軸になる所が決まると、その他の関係者がひいていく場合があり、軸になるシステムをどのように考えていくのか。
- ・ 社会復帰調整官は、ホームヘルプのPSWでは入りにくい被害者へのフォローを行ってもらっている。
- ・ 地域からすれば、本人との関係性がないままいきなり来られても戸惑う。
- ・ 報酬改訂があるので今後は生活訓練施設側の判断が必要になるか？(生活訓練施設)
- ・ 決定がどのようになったのか連絡がこない。(市役所)
- ・ 連絡の調整が何もない為、どのように処遇が進んでいくのか分からない。(市役所)
- ・ 入院になった理由が良く分からない事例があった。他の事例でMDTと調整会議をした。帰来先の市町村と保健所ぐらいしか動くことが出来ない。相談支援事業所等の関与の方針をどうしたら良いか。生活面でのサポートの連携は、どこまで手を広げたらいいのか。
- ・ 調査の時に色々な課題があったので、支援に入ろうと思ったが相談支援事業所に連絡がなくダイナミックな支援体制が出来ない。
- ・ 社会復帰調整官の連携体制のやり方が違う。
- ・ 大阪は退院促進を進めているので、地域活動支援センターも参加するようにと社会復帰調整官から促されて参加。
- ・ 各機関の中での連携が出来ていない。
- ・ 電話が繋がらない。(業務量が多い)
- ・ 連携しなくてもまわるという認識がある。
- ・ 連携する為に書いている書類を作るのが大変で連携しきれていない。
- ・ 機関同士の垣根がある。(精神的なもの)
- ・ 地域の方だけが入院してくるわけではないので、他市町村との広域の連携が必要。
- ・ 広域を一人でカバーするので、顔の見える信頼関係を築きにくい。
- ・ スムーズに行く連携と、スムーズに行かない連携がある。
- ・ 連携の中で、ケアパッケージを作り、信頼関係を築いていけるスタッフやプログラムがどれだけいるのか。
- ・ 地域生活におけるヘルパーへのフォローが不安視される。
- ・ 退院後の関わり(デイケアに合わない、本人の偏った発想)をどのように連携しながら行っていくのか。

- ・ 連携とは何か、具体的に何を指すのか。概念把握のギャップ。
- ・ 説明をするのが病院 P S W。人権を主張される。
- ・ 社会復帰調整官がすぐに来られない。
- ・ ヘルパー問題。
- ・ 鑑定入院後の指定入院探し。
- ・ 患者の理解がある場合と無い場合の対応。
- ・ 全国から促進センターに集まってくるが、その後、地域に戻っていくので、地域機関と、どのように連携をとるのか、難しさを覚えている。
- ・ 家族会との連携が課題である。
- ・ 遠方への入院決定。
- ・ 遠方での処遇の為、社会復帰調整官が県を越えて調査等を行っている状況にある。
- ・ 距離が離れているとしんどい。
- ・ 会議の日程が合わない。
- ・ 支援センターが不足。
- ・ マンパワー不足。

【情報の取り扱いについて】

- ・ ヘルパーを入れて、関わってもらいたいが、事実を何処まで伝えていいのか悩む。本人は言って欲しくないという。
- ・ 個人情報の取り扱いが難しい。何処まで情報提供するのか。
- ・ 情報が隠されていると、スタッフも不安になる。
- ・ 情報を出す、出さないという所で、精神保健福祉士の倫理綱領が浮かぶ。
- ・ 何を、どのように、誰が伝えるのか。
- ・ リスクコントロールを関係機関で共有出来ない。
- ・ 危険な状況を共有できない。(危機に関する感じ方に差が生じている)
- ・ 個人情報への対応、緊急時の対応、一般時の対応をどのように行えばよいのか。
- ・ 本人の過去をどの程度開示するのか。
- ・ 情報が少ない。

【現場の現状】

- ・ 岡山県で支援している実情を語ってもらう中で、まずは関係作り、病識づくりの教育、家族へのフォロー、サービスを受けることへの抵抗がある時に確認してもらうクライシスプランを作り、関係機関にも示している。明確にすることで本人へも関わりやすく、質問もしやすいようだ。
- ・ 指定通院を受けて1ヶ月、まだマネジメント担当がどこへ移っていくのかは検討中。戸惑いながらも会議に参加しながら情報を集め関わっている。
- ・ 社会復帰調整官は、対象者にとって「見守りたい」という気持ちで支援しているが、対象者からは「見張られている」と言われることもある。P S Wのアイデンティティーは大切にしたいという。
- ・ 病院では、法の加算(特に入院)があるが地域には？
- ・ 地域はこれまでの業務に加えての仕事になり、あっぷあっぷ→地域は最後の受け皿。
- ・ 本来手厚い医療を受けるべきである対象者が通院決定になり、指定通院に入院になっている。(生活訓練施設)
- ・ 事件地と居住地が違う。
- ・ 兵庫県は付添人が2名体制である。
- ・ 医療観察法の申立てによって地元の支援が断たれてしまった。法定代理人として(後見人制度で)関わるにも手間がかかるようになってしまった。

<ul style="list-style-type: none"> ・ 「暴れているので来てほしい」と電話が入って危機介入的に関わっているが、やはり長期的に関わることに限界がある。 ・ 心の救急センターもリハビリの電話相談化されて救急時に繋がらない。 ・ 通院の場合に「回復プログラム」がなく入院とのギャップが大きい。 ・ 退院者に地域生活のイメージがえがけていない。 ・ 病院へ鑑定入院が入る。 ・ 措置入院との違いが分かりにくい、又、医療保護入院。 ・ 入院中の他科診療。 ・ 刑務所から出られない。 ・ 医療観察法にのれば手厚い治療を受けられるが、刑に服した場合は内部の医師の治療を受ける。出所した後のケアがほとんどとれていない。 ・ 社会復帰調整官の持っている限界だけではなく、地域活動支援センターのマンパワーも限界を超えている。
<p>【居住地確保の困難】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地元へ帰れない。帰る家がない。(放火等) ・ 住居の保証人問題。(地域差あり)
<p>【地域格差問題】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域性がある。件数も含め。フォローがないのはいかなものかと感じた。審判過程の中身が必要ともあるが、これもしかり。やってみながら連携の実情や課題を考えていける。支援をオープンにすることで促進する。 ・ 地域差がある。→地域が違うと大変。 ・ 警察介入の地域差。

2. 今後連携を進めるために必要と思われること

<p>【普及・啓発について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域での勉強会などの開催。 ・ ガイドラインを見直す。 ・ 司法関係者(付添人)も、病院関係者も、お互いの領域のことを学ぶ。 ・ 気持ちはあるが、所属組織が許さない。 ・ 京都の精神保健福祉士協会内で医療観察制度の勉強会があるので参加している。そうした勉強会のネットワークも大切。(月1回)
<p>【支援関係の構築について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 合議体の配置(机や立ち位置)を、もっと考慮できると良い。 ・ 参与員をもっと同じ立場になるようにしてほしい。 ・ 本人との関係性をスムーズに作るために、早い段階から関わる事、その仕組み、プロセスの共有。 ・ 顔の見える付き合いをする。 ・ 医療観察法に関係なく、ケア会議は重要。(出会いの場でもある) ・ 本人の意義申立てを大事にする。 ・ ケア会議に本人は必ず出席してもらう。 ・ 本人の主体性を大切に→関係性
<p>【処遇中、処遇終了後を円滑に進めるにあたって必要なこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ピアの関わりは難しく、エンパワメントといっても、本人との信頼関係が基本になるのではないと思われる。

- ・ピアの利用も今後は考えていくことが必要である。(指定通院医療機関の中でピアがうまくまわっているとあるところもある。)
- ・最後のケア体制が出来ないままで、コーディネーターは抜けないでほしい。
- ・法律に使われる、振り回されるのではなく、法律を使っていく。
- ・関わる人が切れてしまうのが問題。
- ・会議等で情報共有できるための交通費や出張費、出張許可を出してほしい。

【連携において必要と思われること】

- ・早い段階からチームが動くことが大事ではないか。
- ・指定病院で、支援を考える中でツールが出来てきた。それを一般の精神障害者の支援に使ってけると良い。
- ・医療観察法ではCPA会議など、強制的に会議を開き、顔を合わせ「話し合う」ことが増えた。これはとても大切であると思う。コーディネート機能をしっかりしていきたい。限られた時間で、何処へつなげていくのか。
- ・中断して事件、というケースも多い。そうなる前にキャッチ出来るよう精神医療をしっかりとやっていけたらいい。
- ・保健師が従来してきたことを社会復帰調整官が今担っている。3年で手を引いた時、保健所や病院に期待をしているのでは？
- ・関係機関が立体的に連携していく。
- ・繋がりを大切にする。
- ・連絡先の情報を共有する。
- ・複数回のミーティングが必要—認識のズレの修正に必要
- ・スタッフ同士で困っている状態をお互い知ること情報共有化、連携化。
- ・会議の司会を社会復帰調整官が行う。
- ・利用者の本当の窓口は誰かを考える。
- ・連携を密にすることは必要。
- ・クライシスの情報の均一化
- ・文書によって役割分担を確認する。
- ・デマンドニーズは、社会復帰調整官は拾いきれない。社会復帰調整官に頼りすぎず、看護師、PSWの協力が必要。
- ・精神障害者の支援センターとの連携。
- ・行政相談員が主体となって動いてほしい。
- ・指定入院と指定通院へのスムーズな移行、情報の共有が必要。
- ・それぞれの機関が少しずつはみだして支援を。
- ・医療観察法で使っている各種様式等の評価が地域の関係機関と共有できると良いのではないか。
- ・役割、機能を明確にし、コーディネートする。

【地域側の受け入れを進めていくにあたって必要なこと】

- ・家族への支援が大切である。
- ・入院施設をつくる反対運動の中で、説明会があったが、酷い伝え方であった。→今回のように支援体制のあることなどをしっかりと勉強してくれたら違うのではないのか。
- ・指定通院医療機関に対する経済的保障。
- ・地域の社会資源への配慮。マンパワーの増員等の予算措置など。
- ・本人の選べる資源が沢山あるべきである。
- ・指定入院機関が増えて、もっと身近になればいい。
- ・社会資源のネットワークの明示。

- ・ 何でも情報開示をするのがよいわけではない。基準、理由が要る。
- ・ 地域コンフリクトを軽減する為に、地域パトロール、清掃活動、地域の人に参加できる院内のイベント、民生委員や自治会長をケア会議に呼ぶなど。
- ・ 居住施設の整備。
- ・ 地域と本人との関係性を、法の枠組みの中で作っていかなければならない。元々ネットワークが無いところは大変である。
- ・ 「性犯罪」に対しては再犯が多い。アメリカ並みに、ホルモン注射をする、地域住民へ情報提供する、GPSをつけるなど具体的な策を考える必要がある。
- ・ 退院者の体験宿泊は大事。

【スティグマ排除に向けて】

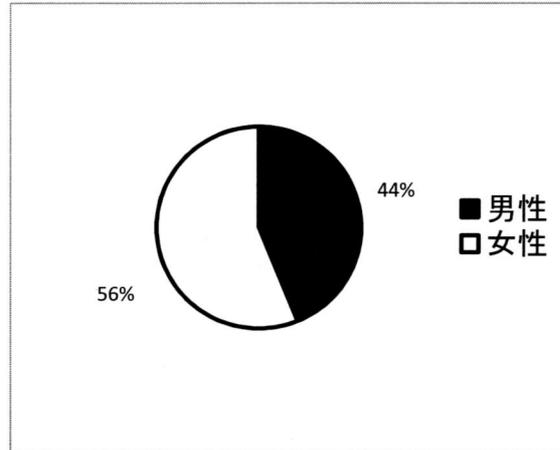
- ・ サロン感覚のメンバーさんなので、触法者がいても明らかにされない。意識せずに利用者として接している。

社団法人日本精神保健福祉士協会
「医療観察制度支援者研修(略称)」アンケート/東京会場

I. あなた自身についてお伺いします。

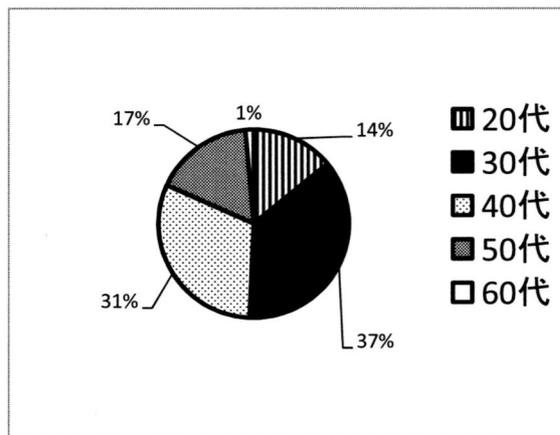
1.性別

男性	32
女性	41



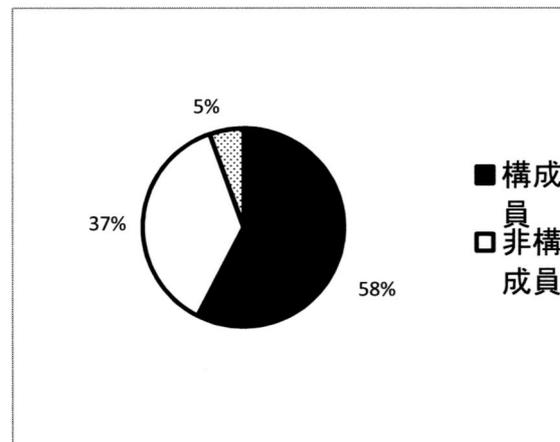
2.年代

20代	10
30代	26
40代	22
50代	12
60代	1



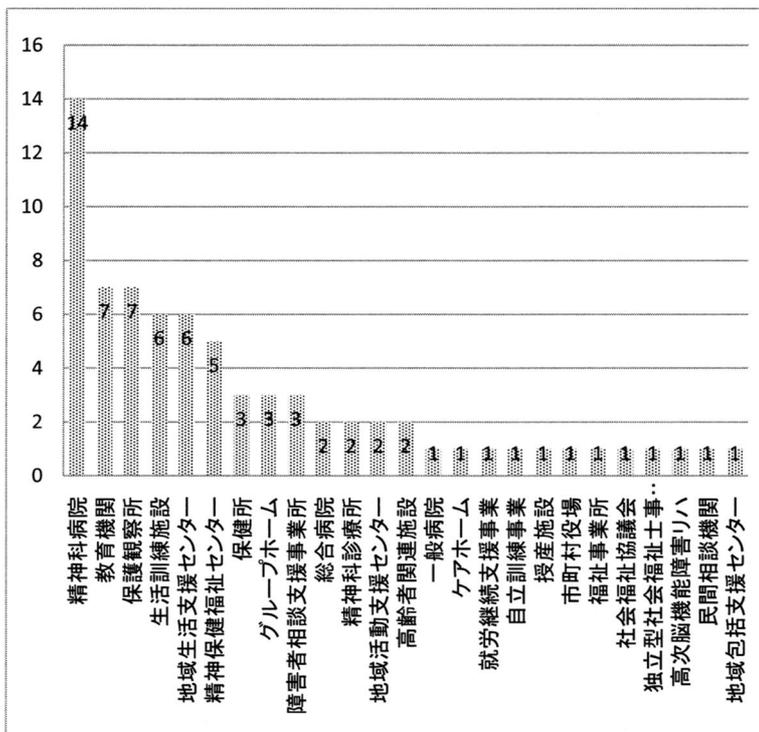
3.協会との関係

構成員	42
非構成員	27
不明	4



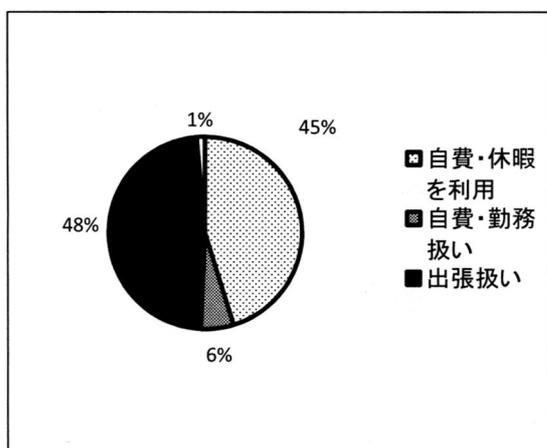
4.所属施設等

精神科病院	14
教育機関	7
保護観察所	7
生活訓練施設	6
地域生活支援センター	6
精神保健福祉センター	5
保健所	3
グループホーム	3
障害者相談支援事業所	3
総合病院	2
精神科診療所	2
地域活動支援センター	2
高齢者関連施設	2
一般病院	1
ケアホーム	1
就労継続支援事業	1
自立訓練事業	1
授産施設	1
市町村役場	1
福祉事業所	1
社会福祉協議会	1
独立型社会福祉士事務所	1
高次脳機能障害リハ	1
民間相談機関	1
地域包括支援センター	1



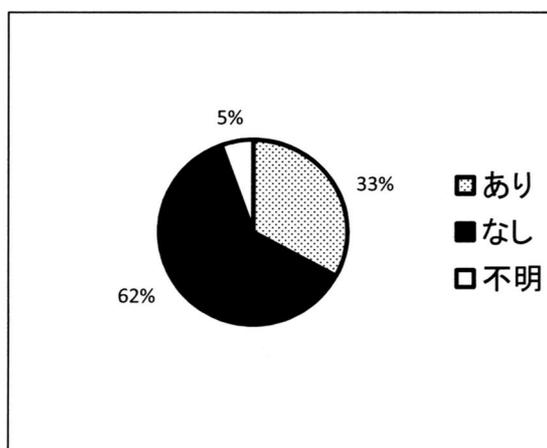
5.参加方法

自費・休暇を利用	33
自費・勤務扱い	4
出張扱い	35
不明	1



6.同様テーマによる研修受講歴

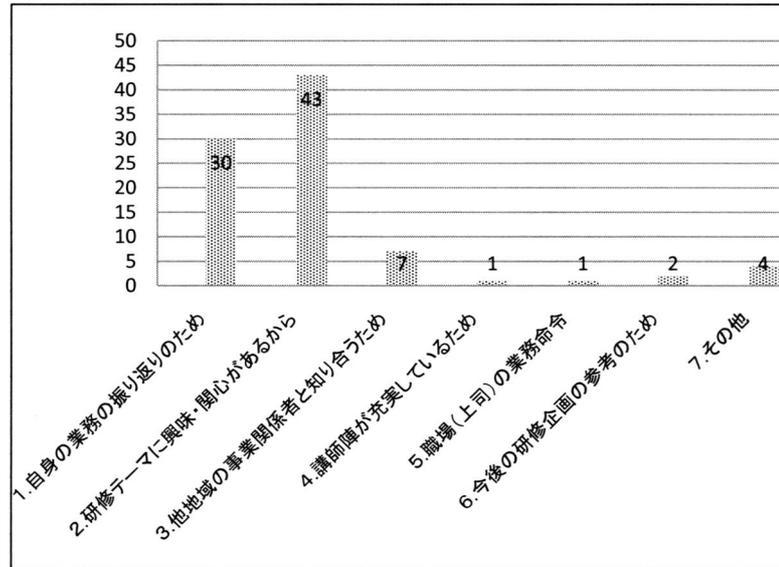
あり	24
なし	45
不明	4



Ⅱ. 申込時点のことについて伺います。

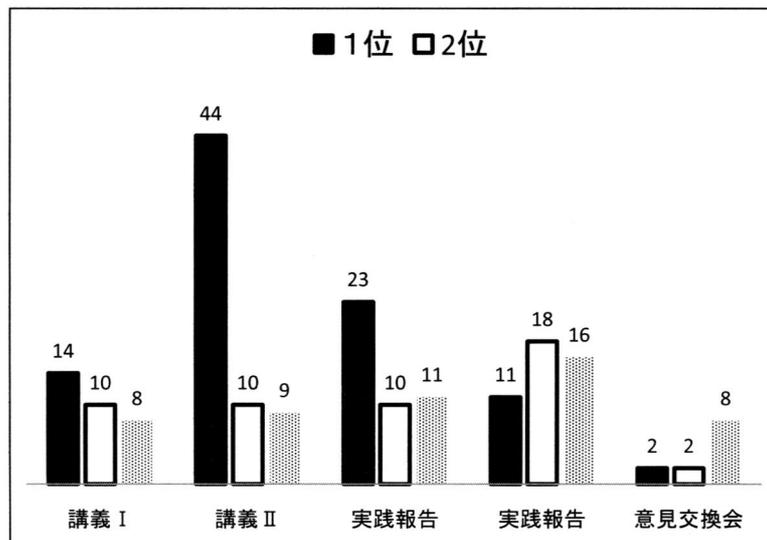
1. 本研修参加の決め手

1. 自身の業務の振り返りのため	30
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知り合うため	7
4. 講師陣が充実しているため	1
5. 職場(上司)の業務命令	1
6. 今後の研修企画の参考のため	2
7. その他	4



2. 関心を抱いたプログラムの順位

プログラム	1位	2位	3位
講義 I 医療観察法における処遇の実情と課題	14	10	8
講義 II 医療観察制度と地域連携	44	10	9
実践報告 医療観察法における地域処遇の関係機関連携のシステムについて(広域支援)	23	10	11
実践報告 医療観察法における地域処遇の関係機関連携のシステムについて(通院医療機関)	11	18	16
意見交換会	2	2	8



Ⅲ.研修内容について

本研修の内容について、レジュメ・講義内容のわかりやすさや参考になったかどうか等の観点から4択でご意見をお聞かせ下さい。特に③および④とお答えの方は、どう改善すべきかご提案をお聞かせください。

講義Ⅰ 医療観察法における処遇の実情と課題—主に入院・通院医療について

①良かった	9
②まあ良かった	34
③あまり良くなかった	27
④良くなかった	2
回答なし	1

・コンパクトで良かった。もう少し時間が欲しかった。(2)

・厚労省の方が家族の支援について話すのは思ってみなかった。対象者本人にスポットがあたっているため、忘れ去られる危険もあるが本人の身近にあって加害者の家族であると同時に被害者にもなりやすいため、注意を払っていただけてることに感心した。

・概論が長すぎる。

・現状を知ることが出来、さらに学ぶ必要を感じた。(3)

・地域移行促進事業について、具体的な説明が欲しかった。フロアの方からも質問があったが、一般精神医療を底上げする道筋はたてられているのか？説明ではよく分からなかった。

・概論ではなく、もう少し今後の取り組みについて具体的に語って欲しかった。(5)

・分かりやすさに難あり。

・実情と課題、というような話の感じがしなかった。現場の人の方が良かったのでは。

・処遇の実情と課題の部分については踏込み不足か、法務省との連携についても聞きたかった。

・法への理解が出来、整理出来た。人権の問題が問われていることについて、厚労省がどう捉えているのか知りたかった。

・内容が簡素過ぎる。関係者ならほとんど既知の内容といえる。基金事業や特例交付金等の説明に重点を置いた方がよい。(3)

・もう少しこの法律の処遇の必要性、有効性について具体的な説明が欲しかった。

・概論的なレクチャーは必要、基本が理解出来た。タイトルと内容があってないように感じた。

・基金事業について知ることが出来た。しかし、都道府県→市区へのお任せ事業になるのか・・・と市区への負担が大きくなるように感じた。

・通り一辺倒でいかにも公務員的。

・現状の課題について、国としてどのように対応していくのか具体的に話して欲しかった。

講義Ⅱ 医療観察制度と地域連携—社会復帰調整官の経験から

①良かった	50
②まあ良かった	18
③あまり良くなかった	1
④良くなかった	0
回答なし	1

・事例を通して分かりやすかった。貴重な話を聞いた。(11)

・調整官の役割、医観法がどう進んでいくかが分かった。(6)

・事例は効果的だと思うが、うまくいったものと困難だったものを両方取り上げるとより課題がみえてくるのではと思った。地域関係者との具体的な協議や様々な対応の実情も聞きたかった。

・短時間に多くのことを学べた。支援の実態が具体的にイメージ出来た。

・話のテンポ、進行が良かったが、内容を十分理解出来なかった。

・制度の実施方法に地域差があること、参与員の役割についての示唆が分かった。

・もっと事例メインでも良かった。鈴木さんの話は具体的で、PSW職の未来の光が見えるようだった。

・資料を一通り説明して欲しかった。

・社会復帰調整官の事例を通した経過は正にソーシャルワーク、ソーシャルアクション。これまで聞いた参与員の話よりずっと分かりやすかった。

・再確認の場となった。業務に反映出来る講義だった。(2)

・実際の現場のことが聞けて分かりやすかった。

・丁寧に多くの方が関わっている事例で、対象者も安心してケアを受けれたのではと思った。参与員の発言力は東京ほどないのではないかと思う。それだけの力を蓄えてきたというのは、やはり司法との付き合いの経過と関係者の方々の努力の結果だろうと思った。

・ここまでマンパワーを伝えられることをうらやましく思った。

・対象者がどのような流れの中で関係機関と関わり、今があるのかを考え支援していくため全体が把握できた。

・マンパワーの重要性、顔の見える関係づくりなど参考になった。遠隔地への入院についてCPA・ケア会議の数が表わす通り、解決すべき課題と思う。

・経過をたどりながら、ケア会議全体の焦点となる内容の移り変わりがよく理解出来た。

・調整官の業務を始め、司法に携わるPSWの役割を考えさせられた。

・東京地裁と横浜地裁、地域のあまりの違いに驚いた。(2)

・入院に至るまで、入院から通院に至るまでよく分かった。しかし一方で、入院・通院医療機関の取り組み・関わり方を知りたいと思った。次の勉強のきっかけとなった。

実践報告1 医療観察法における地域処遇の関係機関連携システムについて(尾上)

①良かった	30
②まあ良かった	34
③あまり良くなかった	5
④良くなかった	1
回答なし	3

- ・入院に至るまで、入院から通院に至るまでよく分かった。しかし一方で、入院・通院医療機関の取り組み・関わり方を知りたいと思った。次の勉強のきっかけとなった。
- ・センターの実態について、もう少し時間を割いて話して欲しかった。
- ・最後が駆け足になってしまい、分かりにくかったが思いは伝わった。
- ・現実味が伝わってきた。
- ・要点が分かりづらかった。
- ・尾上さんの話は分かりやすく、中部センターにあのような歯切れのいい方がいたことに驚いた。
- ・時間に対して内容が多すぎる。ポイントを絞れば良かったと思う。(3)
- ・連携のために動いて良いと分かった。
- ・センターの役割について気付かされた。要請していきたい。
- ・行政の方に聞いていただきたい講義だった。
- ・レジュメ内容をさらに整理したものを提示した方が良かった。話のインパクトが強かったので、さらに浮き立たせるものがあればと思った。
- ・都は特別なシステム、体制ではあるが行政として行うべきもの、システム作りの参考になった。
- ・端的に説明され、面白かった。センターの役割について考えさせられることが多かったが、答えをもらえた気がした。
- ・現在住んでいる県と取り組む姿勢が違い、都の意気込みを感じた。
- ・東京都中心の話だったので、部外者の自分としては地理的なことも少しピンとこなかった。パワフルな口調で良かった。(2)
- ・地域理解の大切さは理解出来たが、東京のことばかりだったのでもっとポイントを話して欲しかった。
- ・同じ行政機関としての役割について、もっと深めた話を期待してきたので残念な思いが残った。
- ・問題点も含めて、東京都の現状が分かった。

実践報告2 医療観察法における地域処遇の関係機関連携のシステムについて(日暮)

①良かった	35
②まあ良かった	34
③あまり良くなかった	1
④良くなかった	0
回答なし	3

- ・情緒的な部分が共感できた。
- ・率直な話が聞けて良かった。非常に考えさせられた。(4)
- ・現場からの率直な意見と、指定通院医療機関の現状がよく分かった。(6)
- ・日暮さんの話は時々聞かせてもらっていたが、現在15人も受け入れているなんて担当PSWの苦勞が目に見えると
思った。長期入院している患者のことを考えると、この制度の在り方に疑問を感じる日々で、小暮さんの心情も含め、考
えさせられた。
- ・PSWの現場での悩みが伝わってきた。
- ・思いが伝わってくる内容だった。
- ・多くのケースを受け入れていることに驚いた。処遇が終わったあとも通院に続いていくと思うので、結果として一番大
変なのは通院医療機関なのではないかと思う。
- ・パワーを感じた。
- ・問題点や今後の課題を知ることができ、参考になった。(3)
- ・まさにお話の通りだと感じている。
- ・医療観察法が全ていいわけではなく、病床数の問題など今後考えていく課題もあるのだと分かった。
- ・感情的な話の部分は共感出来たが、時間が少なくテーマの内容が薄まった感じがした。
- ・本研修の中でも社会復帰につながる重要な部分だったので、しっかりしたレジュメ、またはスライドが欲しかった。
- ・実践的な課題が分かりやすかった。訪問NSステーションの件では、ケア会議にも報酬が出るという制度改革が必要と
感じた。

意見交換会

①良かった	44
②まあ良かった	18
③あまり良くなかった	0
④良くなかった	0
回答なし	11

- ・新しいことを考えていく良い機会となった。
- ・内容が非常に難しい問題であった。日常このような問題を考えてたり意見交換する機会がないので良かった。
- ・同じPSWでもこれまで気づかなかった視点があり、参考になった。元気が出た。(3)
- ・テーマが適切でなかったように思う。テーマから外れた話で盛り上がった。
- ・それぞれの関与に差があり、難しさがあった。焦点化しづらい。全員が何らかの関与がある土台で分かち合いが出来るとうれしい。
- ・それぞれの立場の立場の現状が分かって良かった。連携の方法がハード、ソフト共に考えることが分かってきた。
- ・地域側の受け入れ先として、気になっている部分を確認出来た。
- ・それぞれ違う立場の集まりだったが、かえって新鮮な意見や初めて聞く話が多く有意義な時間を過ごせた。(6)
- ・グループの中に社会復帰調整官がいると良かった。
- ・各機関の取り組み、問題点が分かって良かった。(8)
- ・現職の社会復帰調整官の生の話が聞けて良かった。
- ・直接本テーマに関わっているメンバーがいないのが残念だったが、課題や認識を共有出来た。(2)
- ・これほど真剣にケアのことを考えている方がいることに感激した。
- ・コメンテーターの先生方が1グループに1人ずつ入ってくると良かった。

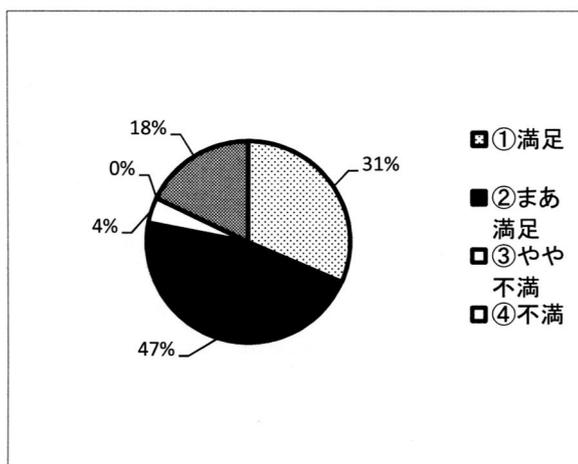
今後研修で取り上げて欲しいテーマ

- ・連携で困っている地域、参加員が機能していない地域の現状を知りたい。
- ・障害者の自立、就職について。
- ・社会全体を視点として、PSWの利用価値。向上研修、社会のケアとストレングス。
- ・指定病院のドクター。
- ・依存症、DV、虐待と貧困の固定化、再生産について。
- ・参加員の体験談など。
- ・怒りのマネジメント。
- ・今回行っている事業Bの取り組みやマニュアル概要について。
- ・地域支援ケアマネジメント。日本福祉大・野中先生、精神神経センター・三澤PSW、調整官など。
- ・今回の研修では手厚いケアがなされている等メリットが多いと感じたが、一方でこの法によつてのデメリットもあると思う。PSWの立場からばかり見るのではなく、マイナス面も含め知ることが出来る研修があればと思う。
- ・参加員の関わりが今後重要になってくることや、参加員活動を通してのPSWの資質の向上を図る上でも参加員対象の研修の企画しても良いのでは。

本研修全体の満足度

①満足	23
②まあ満足	34
③やや不満	3
④不満	0
回答なし	13

- ・講義から意見交換会まで流れが非常にスムーズだった。勉強になった。
- ・ラストのケア会議の内容のパワーポイント、大塚さんが早口で話していた部分をもっとゆっくり聞きたかった。
- ・観察法への理解にバラつきがあるため、対象者をもっと絞った方が良い。講義内容が少し物足りない。
- ・かなり駆け足だったので、もっと時間に余裕を持たせるか内容を絞るかした方が良い。
- ・本制度への理解の深淺があり、広報という点では良いが内容は考慮すべきと思われる。
- ・補助金事業の報告は資料がなく、早口で分かりにくい。報告書のまとめを参考にしたい。
- ・制度の光と影の両面がバランス良く取り上げられた大変良い研修会だった。
- ・障害者の権利条約が批准されたらこの法律はどうなるのだろうか？システムはソーシャルワークのモデルだと感じるが、理念の根底の部分でどこか権利擁護なのか？受け入れられない部分もある。そこをしっかりと伝えて欲しい。

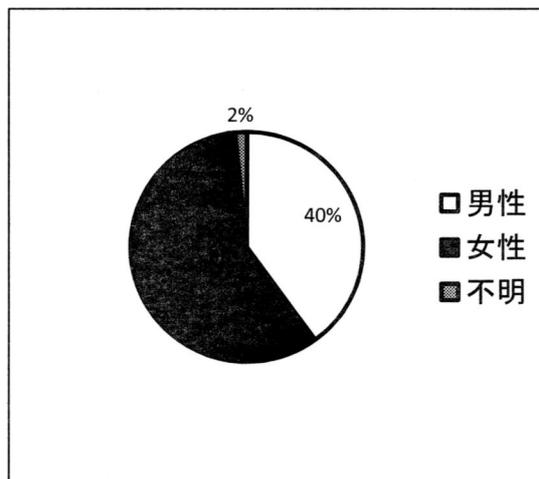


社団法人日本精神保健福祉士協会
「医療観察制度支援者研修(略称)」アンケート/京都会場

I. あなた自身についてお伺いします。

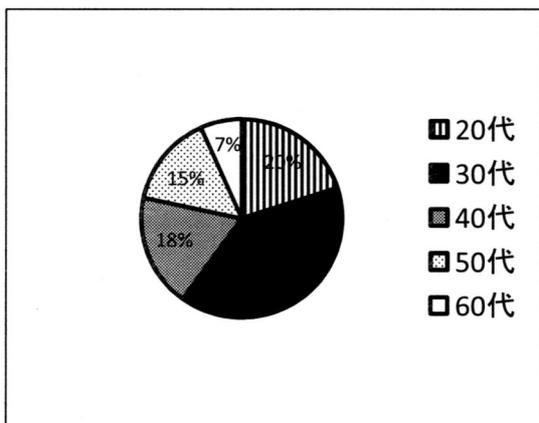
1.性別

男性	24
女性	35
不明	1



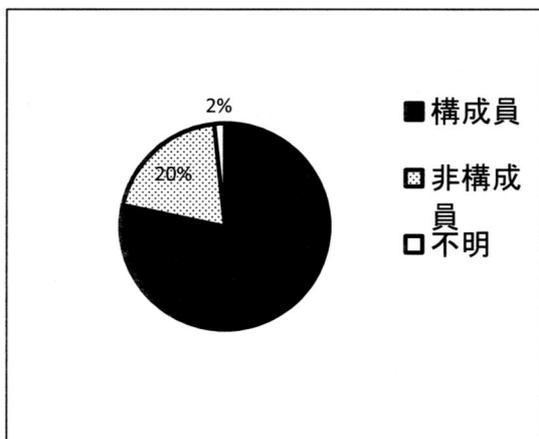
2.年代

20代	12
30代	24
40代	11
50代	9
60代	4



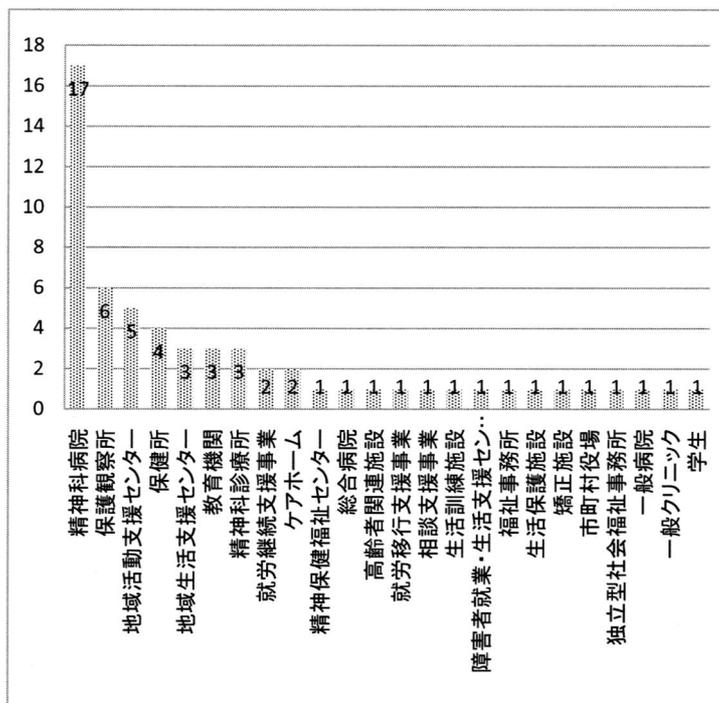
3.協会との関係

構成員	47
非構成員	12
不明	1



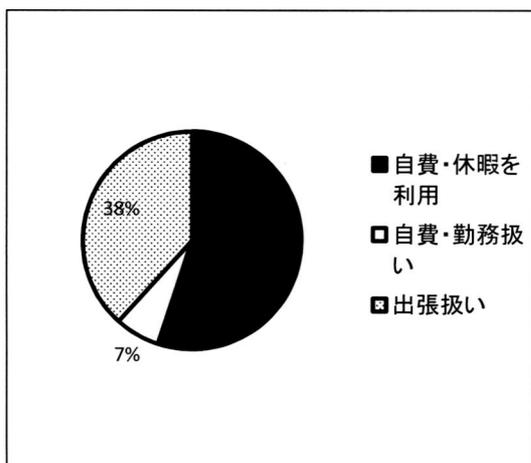
4.所属施設等

精神科病院	17
保護観察所	6
地域活動支援センター	5
保健所	4
地域生活支援センター	3
教育機関	3
精神科診療所	3
就労継続支援事業	2
ケアホーム	2
精神保健福祉センター	1
総合病院	1
高齢者関連施設	1
就労移行支援事業	1
相談支援事業	1
生活訓練施設	1
障害者就業・生活支援センター	1
福祉事務所	1
生活保護施設	1
矯正施設	1
市町村役場	1
独立型社会福祉事務所	1
一般病院	1
一般クリニック	1
学生	1



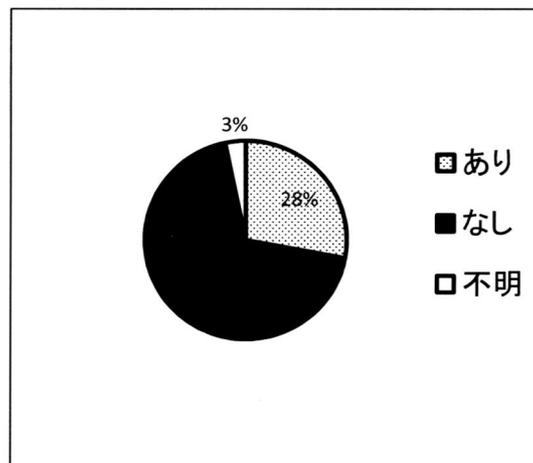
5.参加方法

自費・休暇を利用	33
自費・勤務扱い	4
出張扱い	23



6.同様テーマによる研修受講歴

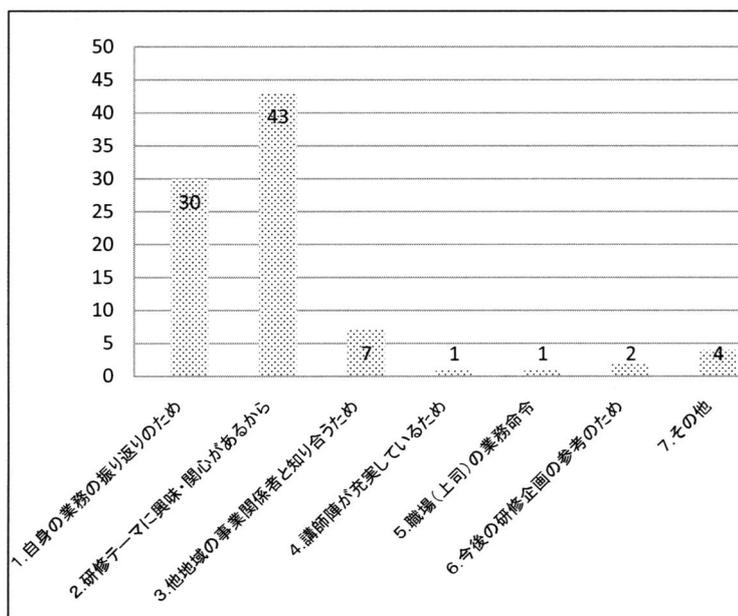
あり	17
なし	42
不明	2



Ⅱ.申込時点のことについて伺います。

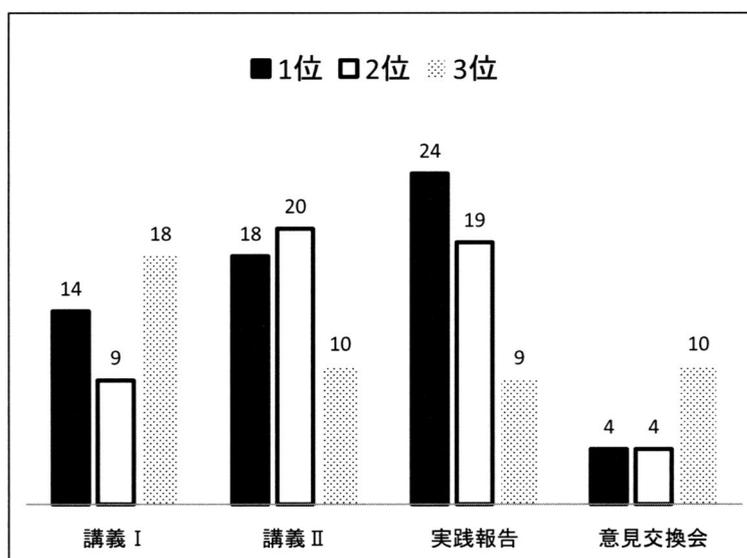
1.本研修参加の決め手

1.自身の業務の振り返りのため	18
2.研修テーマに興味・関心があるから	56
3.他地域の事業関係者と知り合うため	4
4.講師陣が充実しているため	0
5.職場(上司)の業務命令	7
6.今後の研修企画の参考のため	4
7.その他	6



2.関心を抱いたプログラムの順位

プログラム	1位	2位	3位
講義Ⅰ 医療観察法における処遇の実情と課題	14	9	18
講義Ⅱ 社会復帰調整官による支援の現状と課題	18	20	10
実践報告 医療観察法における地域処遇の関係機関連携のシステムについて	24	19	9
意見交換会	4	4	10



Ⅲ.研修内容について

本研修の内容について、レジュメ・講義内容のわかりやすさや参考になったかどうか等の観点から4択でご意見をお聞かせ下さい。特に③および④とお答えの方は、どう改善すべきかご提案をお聞かせください。

講義Ⅰ 医療観察法における処遇の実情と課題—主に入院・通院医療について

①良かった	8
②まあ良かった	29
③あまり良くなかった	19
④良くなかった	1
回答なし	3

- ・来年度の国の事業についてもう少し詳しく教えて欲しかった。制度のことは皆さん知って来られていると思っていたので。
- ・時間がなくて飛ばしたスライドの方が興味があった。法律の表面をなぞるような説明は短時間せすませ、実情と課題をもっと濃く説明して欲しかった。
- ・法制度について概略はつかめた。もっとレジュメを活用してもらいたかった。
- ・もっと時間があっても良かった。特に厚労省の取り組みの所をしっかりと説明して欲しかった。
- ・国の動きが大体であるが理解出来た。ただ、進むのが早すぎるのでついていきにくかった。
- ・途中からレジュメと講義が合致しなくなり、早いのもあって理解し辛かった。しかし法や経過状況のアウトラインは一定分かった。
- ・字が細かいのに、手元の資料にはなくて分かりにくかった。
- ・丁寧な説明で分かりやすかった。
- ・法の説明のみならず、もう少し踏み込んだ内容(法施行から今まで見えてきた課題等)をご教授頂きたかった。
- ・難しかった。
- ・概要説明にあった、今後の取り組みについても教えて欲しかった。
- ・後半部分を重点的に聞きたかった。
- ・全体の流れと処遇変更におけるポイントが聞けて良かった。入院では予定通りステージが進まず長期化が発生し入院出来ない方も出てきている。通院へ変更するような治療の難しさ、ベット数の不足が問題となっていることを知る機会になった。
- ・前半の話より課題部分で厚労省の具体的な取組み段階等の説明がもっと欲しかった。
- ・法のスタート時に繰り返し制度説明があったので(参与員研修等)前半は確認程度だったが、課題等(条件整備)今後プラスに展開して欲しいと願う。
- ・法の対象としての要件等重要な部分が冊子の資料になっていなかった。
- ・もう少しリアリティのある話が聞きたかった。
- ・医療観察法の概要についてはもう少し時間をかけて、課題問題等について焦点を定めた話が聞けると良かった。
- ・法律上のことなど特に新しい内容ではなかった。報酬改定について詳細が知りたい。
- ・ポイントが多く、もつと的を絞って話した方が分かりやすかった。医療観察法の概要について詳細を聞きたかった。
- ・法の説明より現状と課題についてより詳しく聞きたかった。
- ・具体的な制度が分かった。

講義Ⅱ 社会復帰調整官による支援の現状と課題について

①良かった	43
②まあ良かった	14
③あまり良くなかった	0
④良くなかった	0
回答なし	3

- ・植松氏の技能や地域的な特性によって汎化しにくい要素が多かったのであるが、通院段階における支援イメージを作ることが出来たし、事例ならではのヴィヴィッドさがあった。
- ・とても分かりやすくて良かった。(5)
- ・事例への関わり方について、具体的内容でとても勉強になった。地域格差について、あるいは地元に戻ることの難しさを日々体験している。
- ・実際に使っているツールは、社会復帰調整官ではなくても役に立ちそうなものばかりで参考になった。また、「連携」と言われるものの、実際にどのようなつながりが深く、どこが希薄か、どのように変化していくかなどの説明が自分の業務にも結びつき、納得できた。
- ・具体的なイメージを持って、モチベーションが上がる内容で勇気づけられた。
- ・事例があって理解しやすかった。ケースワークがよく分かった。(7)
- ・社会復帰調整官の役割についてよく分かった。事例も良かった。
- ・説明が早すぎた。が、質問の時間があって良かった。家族支援など、もっと詳しく話を伺いたかった。
- ・クライシスプランに関しては、WRAPをそのまま導入した方が更に良いものになると思った。
- ・調整官の業務がソーシャルワーク技法を生かしているのが、よく伝わるものだった。
- ・具体的で分かりやすかった。社会復帰調整官の役割が広く、重いことが分かった。
- ・医療観察法に関わる支援だけでなく、PSWとしての日常業務の振り返りにもなった。地域移行支援事業でのケアマネの役割と、調整官の役割はベースはよく似ていると思った。

- ・調整官の動き、対象者との関わりが理解出来た。問題を整理し、クライシスプランを組み立て対応策を検討していることは、自分も取り入れたいと思った。ケースによりプランは異なり、背景についても理解する必要性を感じた。また、家族へのフォローの重要性和介入の難しさを感じた。
- ・具体的な事例を紹介してもらう中で、調整官の役割や関係機関の役割について理解しやすかった。
- ・調整官の活動を見聞きしてきたはいたが、事例を通しての話で具体的な役割と連携の仕方のヒントがつかめたように思う。
- ・保護観察官と社会復帰調整官の役割の比較についても話してもらえればと思った。
- ・今回の一番の目的であった今の動きってどんなの？ということが本当に良く分かった。リズムが良く、飽きなかった。
- ・とても詳しく、ポイントを押さえて制度の流れや現状を話され、状況がよく理解出来た。関連機関との連携をケース処遇を共有する中で深められようとしている姿勢に感心した。
- ・ケースを示して話してもらい、イメージしやすかった。社会復帰調整官としての仕事をいくらかでもイメージ出来るようになった。また、ソーシャルワーカーとしての基本を大切に仕事しておられることを感じた。
- ・ケア会議のとらえ方、機関としての役割がよく分かった。
- ・具体的なケースとの関わりを通じた説明だったので、イメージしやすく調整官の役割について理解が深まった。
- ・今まで医療観察法と具体的な接点がなく関わったことがなかったので、事例を出してもらえてイメージしやすかった。
- ・時間不足を感じた。実践ケースをベースとした報告はインパクトがあった。
- ・早すぎる。レジュメ希望。フェルトニーズ(デマンド)+リアルニーズは参考になった。
- ・社会復帰調整官は大変だと思った。

実践報①医療観察法における地域処遇の関係機関連携システムについて

①良かった	35
②まあ良かった	19
③あまり良くなかった	3
④良くなかった	0
回答なし	3

- ・小出氏の報告は事例～総括まで幅広くて、散漫に流れた。事例は全部要ったか？平氏の話については、どう知見として約されてるのか分からなかった。
- ・小出さんの話が良かった。
- ・地域による考え方の差や、資源の偏りの差、各資源の果たす役割の差をおもしろく感じつつ、その中で行う一つ一つの仕事は自分達と同じで、仕事を振り返りながら聞かせて頂いた。
- ・民間HPからの「鑑定入院」と「精神保健福祉法による入院」とではなぜ入院費が違うかなど不平が聞いて良かった。医療の継続性の大切さ、フットワークの大切さを改めて実感した。
- ・実践を振り返り、大切な点や視点を再確認することが出来た。
- ・地域での差異があることが分かった。制度はあるけれど、結局は人対人であることを改めて確認できた。
- ・医療側からの考えについてよく分かった。
- ・事例と所属機関の動き、役割がよく分かり勉強になった。
- ・ピアサポートをシステムの中に組み込んでいくことの弊害も考えたい。アメリカのACTでのピアサポートは成功していると感じている。
- ・法律という枠が効果的に動いたり、時には邪魔したりという場面があることを知った。特に調整官の期限について。
- ・関係機関の真摯な取り組みに感心した。
- ・センター、HPの立場からの関わりがよく分かった。スライドが見にくかったのが残念。
- ・他県の事例を知る良い機会になった。課題については共感する部分が多くあった。
- ・法律上の課題について知る機会となった。医療を継続するということで、対象者の内省や病識が必要と考えてしまうが、指定病院では生活者としての視点が欠けないよう注意する必要性を実感した。生家から離れた場所で新たな生活をスタートされる方も多く、受け入れ態勢の乏しさを感じた。
- ・実際の取り組み状況や中身の問題、支援の実際と中身の濃い内容で良かった。
- ・最後の方で力説された処遇を進める上での問題、課題等は共感する部分が多くあった。
- ・パワーポイントのみでメモが取りづらかった。
- ・一つの補佐として世間がまだとらえられていないから、ほんの一部のエキスパートでしか取り組めないのだという社会からの色が強いんだろうと思った。介護保険とタイアップ出来る部分があるようにもあるのだが・・・一般化されると堺市を中心として地域の実態がよく理解出来た。お二人とも当たり前だが、当事者主体という視点を大事にされ活動されていることが見て取れた。
- ・地域での連携にもっと焦点を当てて、話を聞けるともっと良かった。ケース以外の部分について、資料が欲しかった。
- ・法と現状の矛盾があっても、そこでの関係機関の支援の基本姿勢は大切にしていかなければならないと改めて考えさせられた。
- ・小出先生のお話は事例が示されておりとても分かりやすかったが、プライバシーの配慮について課題があると思った。CLの同意が得られていれば良いが・・・
- ・様々な事例の紹介と、関係機関のつながり方を検討する中から家族、本人、当事者仲間との連携の在り方の重要性を発見されていた事に共感した。
- ・具体的事例を通しての課題が理解出来、分かりやすかった。
- ・ケース会議、独特の重さが気持ちの中に沈んだ。
- ・地域でどのようなことが行われているのかが分かった。

意見交換会

①良かった	34
②まあ良かった	14
③あまり良くなかった	0
④良くなかった	0
回答なし	12

・様々な事例の紹介と、関係機関のつながり方を検討する中から家族、本人、当事者仲間との連携の在り方の重要性を発見されていた事に共感した。

・様々な地域の取り組みを知れて勉強になった。(他多数あり。)

・様々な角度からの意見が聞けて良かった。

・自分の職場の中だけにいては分からないことが分かって良かった。(他多数あり。)

・実践報告を踏まえ、各自が現在抱えていることを話し振り返ることが出来た。

・グループ内に色々な立場の方がみえたので、お互いの疑問や処遇について話が聞けて有意義だった。

・現場の具体的な姿が見えて、興味深く感じた。将来像の参考になった。

・事例を持っていない方にも広く知って頂けて良かった。

・入院施設や調整官の方の話が聞けて有益だった。

・連携体制について考える機会となった。連携について話をするも本人の存在が薄くなっていることもあり、主役が忘れられずプラン立てをする必要を感じた。

・色々な立場でこの医療観察法に携わっている方と意見交換が出来て意義があった。(他多数あり。)

・様々な意見が出て、医療観察法のおかしさが論議出来たと思う。

・テーマに縛られず、後半はそれぞれの自由なやりとりがあって良かった。

・普段話す機会があまりない方々と話せて貴重な体験だった。ただ、医療観察法についての話を深めるという感じにはあまりならなかったのが残念。

・地域ケア会議に参加したことのある人がいなく、地域処遇の話になりにくかった。

・テーマをもう少し絞った方が良いのではないかと感じた。

・それぞれの視点、立場からの意見が聞けて、悩んでることも共通点もあり、さらに具体的なヒントももらえて勉強になった。

今後の研修で取り上げて欲しいテーマ・講師など

・地域研修について今後も考えていきたいので今後も定期的開催して欲しい。(4)

・『「精神科医療につなげたい方をどう治療につなげるか」とY問題(人権)について』のような研修。

・意見交換や内容を増やしてもらっても良いと感じた。例えば、入院機関、通院機関、地域の機関などで集まって意見交換が出来ると嬉しい。

・アディクションが良いです。

・地域に視点を当てた、相談業務の具体的実態について聞きたい。

・刑余者支援、認知行動療法、青木聖人さん。

・参与員研修(具体的事例も含めて)←厚労省へ要望すべき事項かもしれませんが・・・。

・やっと軌道に乗ってきかけたのではないと思われる今回のテーマ。同様のものでもいいので、各地域での開催は出来ないものか？仲間がここでも頑張っているというのがPR出来たらと思う。

・指定入院医療機関の実際、現状。人格障害の人が多いというのは本当か？指定通院の決定による指定入院医療機関外の病院における入院の実態。また、昨年の改定による指定入院機関外への入院の運用、問題点。阪南病院のように退院は出来ているのか？アンダー・コントロールの認知行動療法。

・自殺防止に向けてのPSWの役割。障害者権利条約と精神保健福祉法。精神障害者の就労支援。

・地域移行支援事業。

・WRAP、元気回復行動プラン。

・性犯罪、覚せい剤、各者の社会復帰支援プログラムについての説明。本講習をさらに発展させたもの。

本研修全体の満足度について

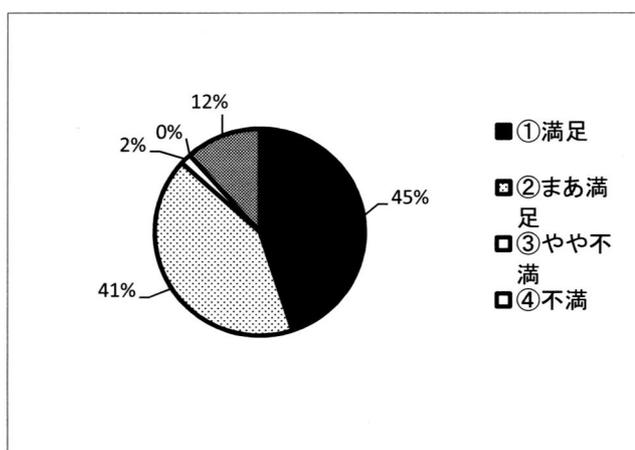
①満足	27
②まあ満足	25
③やや不満	1
④不満	0
回答なし	7

・性犯罪、覚せい剤、各者の社会復帰支援プログラムについての説明。本講習をさらに発展させたもの。

・障害者権利条約と本研修テーマの関わりについてふれていただければと思いました。

・3月より指定通院の方と関わるようになり、当院としても初めてのケースでどのような対応を取ればいいのか分からず不安だったが、本研修で支援についてのイメージが出来て良かった。研修で法律についての課題もみえ、今後の支援においても問題として上ってくると思うので、関係機関で検討していく必要性を感じた。充実した研修だった。

- ・全体を通して、とても勉強になった。いろんな地域の話が聞けて良かった。同じような思いでおられる方が多くいると分かって心強かった。ありがとうございました。
- ・医療観察法について現場で関わることがまだないが、これから関わることになるかもしれないので研修を生かせればと思う。
- ・制度発足当時、一般の精神医療・福祉へのプラス効果が期待されていたが、プラスどころか後退の傾向の中でマンパワー不足等でアップアップしているのが現場・当事者の現状。公的保障(特に財政的)を期待したい。
- ・関東地区ばかりでなく、関西でも同じ研修会を多く企画して欲しい。
- ・仕事に活かせるエッセンスがたくさん見つけられた。また、頑張っって働けそう。
- ・講義 I のレジメに誤字があった。(パワーポイントのNo.5の図、No.9の図)厚労省による書類でもあるので、誤字の訂正は特に重要だと感じる。後日でも構わないので、参加者に対して訂正の通知を頂ければと思う。
- ・実際に医療観察法に関わったことがなく、自身の勉強不足を感じた。今回参加したことをきっかけに、日頃から地域連携を心掛けたい。
- ・皆様のお陰で有意義な研修会を受講させて頂くことができ、本日得た事を日常実践に活かしたいと思う。
- ・意見交換会について、テーマが漠然とし過ぎていて話題提供に困った。色々な話が出来たが、医観法以外の話題で盛り上がることもあった。
- ・協会の立ち位置が見えない。各論のデリケートさを総論レベルばかり協会幹部はつかめているのか心配。
- ・協会の報告、ペーパーのない報告を聞くのは苦痛。早口での報告は聞きづらい。



地域社会における処遇のガイドライン

平成 17 年 7 月 15 日

法務省保護局

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部

目次

1 ガイドラインの趣旨

2 総論

- (1) 基本用語の定義
- (2) 地域社会における処遇を実施する上での基本方針
- (3) 地域社会における処遇を実施する上での配慮事項(精神保健福祉法との関係を含む。)
 - ア 関係機関相互間の連携確保及び役割の明確化
 - イ 情報の取扱い
 - ウ 地域住民等への配慮
 - エ 精神保健福祉法との関係
- (4) 関係機関相互間の連携
 - ア 法務省及び厚生労働省における連携
 - イ 地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携等
- (5) 関係機関の基本的な役割
 - ア 地域社会における処遇に携わる関係機関に共通の役割
 - イ 各関係機関の基本的な役割
 - (7) 保護観察所
 - (イ) 都道府県主管課
 - (ウ) 精神保健福祉センター
 - (エ) 保健所
 - (オ) 市町村主管課
 - (カ) 福祉事務所
 - (キ) 指定通院医療機関
 - (ク) 精神障害者社会復帰施設等
 - (ケ) その他
- (6) 情報の取扱い
 - ア 情報の共有
 - イ 情報の入手及び提供
 - ウ 対象者への説明
 - エ 関係機関における記録の管理等
- (7) 地域住民等への配慮

3 各論

- (1) 当初審判
 - ア 生活環境の調査の実施
 - イ 生活環境の調査結果の報告
 - ウ 指定入院医療機関又は指定通院医療機関の選定準備
- (2) 入院決定の場合の対応

- ア 指定入院医療機関の選定・変更
- イ 指定入院医療機関と保護観察所の連携
- ウ 生活環境の調整
 - (7) 生活環境の調整の開始
 - (イ) 生活環境の調整の流れ
- エ 退院地の内定及び指定通院医療機関の選定準備
- オ 処遇の実施計画案の作成
- カ 外出・外泊時の対応
- キ 退院許可又は入院継続の確認の申立て
- (3) 通院決定又は退院許可決定の場合の対応
 - ア 通院決定時又は退院許可決定時における対応
 - イ 処遇の実施計画の作成
 - ウ 処遇の実施(通院医療、精神保健観察、援助等)
 - エ ケア会議の開催等
 - オ 処遇の実施計画の見直し
 - カ 転居の届出への対応
 - キ 旅行の届出への対応
 - ク 病状悪化等による緊急時の対応
- (4) 地域社会における処遇の終了等
 - ア 本制度による処遇終了の申立て・期間満了
 - イ 通院期間の延長の申立て
 - ウ 入院の申立て

1 ガイドラインの趣旨

- 本ガイドラインは、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)による処遇制度(以下「本制度」という。)に基づく地域社会における処遇に携わる者が、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定めるものである。
- 本ガイドラインは、対象者の円滑な社会復帰を促進するため、継続的な「医療」を確保することはもとより、対象者の地域社会への定着を図り、「本人の生活を支援する立場」にも力点を置く。
- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、本制度の目的を達成するため、各地域において、本ガイドラインに沿った処遇を実施するために必要となる事項を、都道府県ごとの運営要領等として定め、処遇の向上に努めるものとする。
- 本ガイドラインは、本制度による処遇が終了した後における一般の精神医療及び精神保健福祉の継続をも視野に入れつつ、広く地域の精神保健福祉全般の向上にも寄与することを目指すものである。

2 総論

(1) 基本用語の定義

- 本ガイドラインにおいて、「地域社会における処遇」とは、本制度の対象者に対し、関係機関が相互に連携し、地域社会において、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、また、必要な精神保健福祉サービス等の援助を提供する等の処遇をいう。
- 本ガイドラインにおいて「関係機関」とは、地方厚生局、指定医療機関及び保護観察所のほか、精神障害者の保健及び福祉に携わる以下の機関をいう。
 - ・ 都道府県・市町村(特別区を含む。以下同じ。)の主管課
 - ・ 都道府県・市町村の設置する精神保健福祉センター、保健所等の専門機関

- ・ 精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅支援事業者等の精神障害者の地域ケアに携わる機関
- 本ガイドラインにおいて、「入院」とは、指定入院医療機関への入院をいい、「入院医療」とは指定入院医療機関における入院による医療をいう。
- 本ガイドラインにおいて、「退院」とは、指定入院医療機関における入院医療が終了し、地域社会における処遇に移行することをいい、「通院医療」とは、指定通院医療機関による入院によらない医療をいう。
- 本ガイドラインにおいて、「ケア会議」とは、個々の対象者(入院医療を受けている者を含む。)に対する地域社会における処遇の実施体制、実施状況等に関する情報の共有と処遇方針の統一を図るため、保護観察所が、指定通院医療機関、都道府県・市町村(その設置する保健所等の専門機関を含む。以下同じ。)のほか、必要に応じ、精神障害者社会復帰施設等の関係機関の参加を得て主催する会議をいう。
- 「地域社会における処遇」の概要については、図1のとおり。

(2) 地域社会における処遇を実施する上での基本方針

- 対象者自らが、必要な医療を継続し、その病状を管理し、本制度の対象行為と同様の行為を行うことなく社会生活を維持できるよう支援する。
- 地域社会における処遇に携わる関係機関等が、平素から相互に連携し、協力して処遇を実施し得る体制を整備する。
- 処遇の実施計画の作成やケア会議の開催を通じ、①継続的かつ適切な医療の提供、②継続的な医療を確保するための精神保健観察の実施、③必要な精神保健福祉サービス等の援助の提供の3つの要素が、対象者を中心としたネットワークとして機能することを確保する。

(3) 地域社会における処遇を実施する上での配慮事項(精神保健福祉法との関係を含む。)

- ア 関係機関相互間の連携確保及び役割の明確化
 - 地域社会における処遇が円滑に実施されるためには、そのためのシステムとして、国レベル(法務省、厚生労働省等)の連携、地域レベルの関係機関(地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村、精神障害者社会復帰施設、

精神障害者居宅生活支援事業者等)相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関の役割の明確化を図ることが必要である。

イ 情報の取扱い

- 地域社会における処遇に携わる関係機関において、処遇に必要な情報を相互に共有するに当たっては、対象者本人の同意を得るよう努めるなど、その情報の取扱いについて特段の配慮が必要である。

ウ 地域住民等への配慮

- 地域社会における処遇を実施する上では、地域社会の実情に配慮するとともに、本制度に対する地域住民の理解の促進に努める必要がある。

エ 精神保健福祉法との関係

- 本制度の対象者への地域社会における処遇では、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和25年法律第123号)(以下「精神保健福祉法」という。)に基づく精神保健福祉サービスを基盤として本制度に基づく処遇の体制が形づくられるものである。
- 本制度の通院医療を受けている対象者については、精神保健福祉法に基づく任意入院、医療保護入院、措置入院などを行うことが可能であり、指定通院医療機関その他の関係機関は、対象者の病状に応じて、これらの入院が適切に行われるよう配慮する。
- 通院期間中において対象者の病状の悪化が認められた場合には、必要な医療を確保し、本制度による入院医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うためにも、必要かつ適切と判断される場合は、精神保健福祉法による入院等を適切に活用すべきである。
- 精神保健福祉法に基づく入院の期間中、精神保健観察は停止することなく続けられる(通院期間は進行する。)。この場合、指定通院医療機関及び保護観察所においては、対象者が入院している医療機関と連携を図り、必要とされる医療の確保はもとより、当該医療の一貫性の確保に留意する。

- 本制度による処遇の終了時においては、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、十分に配慮する必要がある。

(4) 関係機関相互間の連携

ア 法務省及び厚生労働省における連携

- 法務省及び厚生労働省(以下「両省」という。)は、連携して本制度の円滑な運用の確保に努める。
- 両省は、指定医療機関の指定状況や保護観察所による関係機関相互間の協力体制の整備状況など、地域社会における処遇の実施体制についての情報を共有する。
- 両省は、地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等の関係機関相互の連携協力が円滑に行われるよう、具体的方策を構ずる。
- 両省は、地域社会における処遇の運用状況についての情報を共有するとともに、常に評価を行い、必要に応じ、本ガイドラインの見直しを行う。
- 両省は、地域社会における処遇の実施において支障を生じた場合には、速やかに協議し、その対応策を講ずる。

イ 地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携等

- 保護観察所と都道府県とは相互に協力しつつ、地域社会における処遇に携わる関係機関と協議して、本ガイドラインに沿った処遇を実施するために必要となる事項を定める運営要領等を作成し、実際の地域処遇が各都道府県の実情に応じて円滑に行われるよう配慮する。
- 各関係機関は、地域精神保健福祉連絡協議会等の既存のネットワークを活用するほか、平素から各関係機関が行う会議等に相互に職員を派遣するなどし、その緊密な連携に努める。
- 本制度の地域社会における処遇の実施においては、都道府県・市町村、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業者等は、精神保健福祉業務の一環として各種の援助業務等を行うものであり、これら関係機関等の協力体制を強化する必要がある。

- 各関係機関は、地域における精神障害者に対する医療・保健・福祉の実情について情報を共有する。
- 各関係機関は、当該地域における処遇の円滑な推進のため、あらかじめ役割分担を明確にし、それぞれ関係機関相互間の必要な連絡調整を行うための窓口を設ける。
- 地域社会における処遇の実施に当たっては、関係機関の担当者のみならず、必要に応じ、対象者の社会復帰を支援する家族等のキーパーソンとの連携にも配慮する。

(5) 関係機関の基本的な役割

ア 地域社会における処遇に携わる関係機関に共通の役割

- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、以下の役割を共通して担う。
 - ・ 処遇の実施計画の作成及び見直しに携わる。
 - ・ 処遇の実施計画に基づく処遇を実施する。
 - ・ ケア会議への参加などを通じ、関係機関等との緊密な連携に努め、処遇を実施する上で必要となる情報の共有を図る。
 - ・ 生活環境の調査・調整及び精神保健観察を始めとする地域社会における処遇の実施に関し、保護観察所からの要請に応じ、必要な協力を行う。
- 地方厚生局は、保護観察所等の関係機関と連携を図りつつ、必要な情報を提供することなどにより、地域社会における処遇の適正かつ円滑な実施を支援する。

イ 各関係機関の基本的な役割

(7) 保護観察所

- 保護観察所は、本制度において、当初審判の段階から一貫して対象者に関与する立場にあり、地域社会における処遇のコーディネーターとしての役割を果たす。
- 保護観察所は、生活環境の調査、生活環境の調整(退院地の選定・確保のための調整、退院地での処遇実施体制の整備)、処遇実施計画の作成及び見直し、精神保健観察の実施(継続的な医療を確保するための生活状況の見守り、必要な指導等)等を行う。

- 保護観察所は、平素からの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の緊密な連携体制を築く。
- 保護観察所は、地域社会における処遇が円滑に行われるよう、関係機関と連携して、本制度の普及啓発を行う。

(イ) 都道府県主管課

- 当該都道府県関係機関が行う処遇の実施状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定めるなど、必要な調整を行う。
- 都道府県主管課、精神保健福祉センター、保健所等の都道府県関係機関の果たすべき役割の明確化と分担を明らかにする。

(ウ) 精神保健福祉センター

- 都道府県・市町村が行う精神保健福祉サービス等の援助を始め、本制度において行われる地域精神保健福祉活動に関する業務の支援(技術援助、教育研修等)を行う。
- 精神保健福祉相談、デイケア等のリハビリテーション機能をいかし、対象者及びその家族の支援を行う。
- 本制度による処遇終了後の一般の精神医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑な橋渡しを行う。

(エ) 保健所

- 地域精神保健福祉の立場から対象者からの相談に応じ、訪問指導等の地域ケアを行う。
- 対象者の家族からの相談への対応を行う。
- 市町村と協力して、地域住民からの相談の窓口としてその対応を行う。
- 地域社会における処遇において、緊急的な介入が必要な場合における精神保健福祉法に基づく医療の確保、移送のための関係機関との連携等を行う。

(オ) 市町村主管課

- 精神保健福祉サービスの利用の窓口となり、あっせん、調整を行う。

- 当該市町村の関係機関及び精神障害者社会復帰施設等が行う処遇の実施状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定めるなど、必要な調整を行う。
- 保健所と協力して、地域住民からの相談の窓口としてその対応を行う。

(カ) 福祉事務所

- 対象者の生活保護受給における対応を行う。
- 必要に応じ、社会福祉協議会(地域福祉のコーディネーター役)への協力を求め、連携してその他の必要な福祉サービスを行う。
- 民生委員の協力を得るための連絡調整を行う。

(キ) 指定通院医療機関

- 通院処遇ガイドラインに沿って、本制度による通院医療を実施する。
- 保護観察所と連携して、対象者に必要な援助等や、保護者及び関係機関との連絡調整を行う。
- 対象者の病状、治療等の状況に関し、必要に応じ、関係機関に情報提供する。

(ク) 精神障害者社会復帰施設等

- 個別事例に応じ、地域社会における処遇に携わる関係機関との連携・協力関係に基づく精神保健福祉サービスの提供を行う。
- 個別事例に応じ、処遇の実施計画における援助の内容の作成に関与する。
- 個別事例に応じ、精神障害者地域生活支援センターにおいて相談対応を行う。

(ケ) その他

- 緊急的な医療を要する場合の保護や措置通報を行う場合には、必要に応じ、警察署の協力を求める。
- 対象者の社会復帰のための福祉サービスの実施について、必要に応じ、社会福祉協議会、民生委員協議会等の協力を求める。

(6) 情報の取扱い

ア 情報の共有

- 本制度においては、保護観察所を通じ、関係機関相互間で必要な情報の収集、提供が可能な仕組みとされており、地域社会における処遇に携わる関係機関が、統一的で適正かつ円滑な処遇を実施する観点から、対象者に関する情報の共有は不可欠である。
- 法令の定めるところに基づいて処遇に必要な情報を共有するに当たっては、対象者本人の同意を得よう努めるなど、対象者との信頼関係の構築に配慮するほか、情報の入手・管理・提供に関し、特段の配慮が求められる。

イ 情報の入手及び提供

- 各関係機関は、個人情報保護条例その他の当該機関の個人情報の取扱いに関する規程等に基づいて、対象者本人及びその家族等のプライバシーの保護に配慮しつつ、本制度における情報共有が適正かつ円滑に行われるよう努めるものとする。
- 保護観察所から、法令の規定に基づいて、地域社会における処遇を実施する上で必要となる情報の報告を求められた関係機関は、当該機関の個人情報の取扱いに関する規程等に基づき、これに応ずるものとする。
- 保護観察所は、指定通院医療機関及び都道府県・市町村に対し、当該機関による処遇を適切に実施する上で必要と認められる限度において、関係機関からの報告等を通じて取得した情報を提供する。

ウ 対象者への説明

- 保護観察所は、ケア会議等の場において、処遇を実施する上で必要となる情報を共有することの目的、必要性及びその取扱いについて、対象者本人に対し懇切・丁寧に説明するものとする。
- 各関係機関は、処遇の実施計画、ケア会議における決定内容その他対象者の処遇の実施に関し決定した重要事項について、対象者にその内容を懇切・丁寧に説明するものとする。

エ 関係機関における記録の管理等

- 各関係機関は、対象者及びその家族等のプライバシーの保護の観点から、当該対象者の記録の保管方法、機関外への持出しその他記録の管理に関する取扱い指針を定めるなど、個人情報漏えい、滅失等の防止について留意する。
- ケア会議等における資料は、各関係機関において厳重に管理するものとする。

(7) 地域住民等への配慮

- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、地域社会からの日常の気付きを処遇にいかせるよう、地域の精神保健福祉ボランティアや一般地域住民等からの意見や情報提供を受け入れる体制を整備し、これらの意見等をケア会議に取り入れていくよう努める。
- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、地域住民に対し、必要に応じ、本制度の仕組み等について説明を行い、理解を得るよう努める。
- 個別の事情に応じ、一定の範囲で地域住民に情報を提供することで、対象者の社会復帰が促進されると見込まれる場合には、対象者の個人情報については厳に慎重に取り扱わなければならないことに留意しつつ、対象者の同意に基づき、地域住民に提供可能な情報の範囲を定めるものとする。被害者等についても、必要に応じ、対象者の社会復帰を促進する観点から、同様の配慮を行う。
- 保護観察所を始めとする関係機関は、被害者が対象者から再び同様の行為を受けることのないよう配慮し、必要な場合には、警察署等関係機関の協力を求める。

- ・ 地域の状況、地域住民等からの協力の可能性の有無・程度
- ・ 本件に至るまでの生活状況、過去の治療状況等
- ・ 想定される指定通院医療機関の状況
- ・ 利用可能な精神保健福祉サービス等の現況
- ・ 地域社会における処遇を実施する上で、特に留意すべきと考えられる事項
- ・ その他対象者の生活環境に関すること

- 地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等の関係機関は、保護観察所の求めに応じ、生活環境の調査に必要な協力(関係機関の保育する対象者に関する情報の提供、意見照会に対する回答など)を行う。
- 生活環境の調査に当たっては、必要に応じ、対象者の同意を求める。

イ 生活環境の調査結果の報告

- 保護観察所が裁判所に対し生活環境の調査結果を報告するときは、必要に応じ、地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等と協議を行うなどして、各関係機関の意見をも踏まえ、裁判所に対して、当該居住地において継続的な医療が確保できるかどうかに関する意見を提出する。
- 地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等は調査結果の報告について、保護観察所に意見を述べることができる。

ウ 指定入院医療機関又は指定通院医療機関の選定準備

- 地方厚生局は、裁判所の終局決定に先立ち、原則として、できるだけ対象者の居住地に近い指定入院医療機関と事前調整を行い、入院決定があった場合に指定入院医療機関を速やかに選定できるよう、あらかじめ内定する。
- 地方厚生局は、裁判所の終局決定に先立ち、保護観察所が行う指定通院医療機関との協議の結果を踏まえ、通院決定があった場合に指定通院医療機関を速やかに選定できるよう、あらかじめ内定する。この場合、保護観察所は、原則として、できるだけ対象者の居住地に近い指定通院医療機関と協議を行う。

3 各論

(1) 当初審判

ア 生活環境の調査の実施

- 保護観察所は、裁判所から命じられた調査項目を中心としつつ、次の事項について生活環境の調査を行う。
 - ・ 居住地の状況
 - ・ 経済状況(収入、経済的自立度、健康保険の状況等)
 - ・ 家族の状況、家族の協力の意思の有無・程度(家族機能の状態)

(2) 入院決定の場合の対応

ア 指定入院医療機関の選定・変更

- 地方厚生局は、指定入院医療機関を選定又は変更(転院)したときは、速やかに保護観察所に通知する。通知を受けた保護観察所は、都道府県・市町村等の関係機関に連絡する。
- 指定入院医療機関の変更(転院)については、外出・外泊を実施するために特に必要がある場合等(生活環境の調整が整っている退院地での外出・外泊を容易に実施するほか、指定入院医療機関と退院後の通院医療を担当する指定通院医療機関との円滑な連携を確保する上で必要がある場合等)に、当該対象者が現に入院している指定入院医療機関が、保護観察所との意見調整を行った上で発意し、地方厚生局において必要な調整等を行う。

イ 指定入院医療機関と保護観察所の連携

- 保護観察所の社会復帰調整官は、入院当初から指定入院医療機関に出向き、対象者と面談し、当該医療機関のスタッフと継続的に協議し、また、必要に応じ院内会議に出席するなどして、指定入院医療機関との緊密な連携に努める。
- 指定入院医療機関は、保護観察所の社会復帰調整官を必要な院内会議に加えるなど、対象者に関する情報の共有に努めるほか、社会復帰調整官の院内における執務の便宜を図るなど、緊密な連携に努める。

ウ 生活環境の調整

(7) 生活環境の調整の開始

- 対象者の居住地(入院前において生活の本拠としていた住居等)を管轄する保護観察所(以下「居住地保護観察所」という。)は、指定入院医療機関の所在地を管轄する保護観察所(以下「入院地保護観察所」という。)と連携し、地域社会における処遇への円滑な移行を図るため、入院後速やかに、対象者の退院後の生活環境の調整に着手する。
- 生活環境の調整は、原則として、対象者の居住地(入院前において生活の本拠としていた住居等)を退院予定地として開始することとし、当該居住地への退院について特段の支障があると認める場

合には、対象者の希望に基づき、以下の順に従って当該地域を退院予定地として設定し、調整を行う。

- ・ 居住地の存する市町村
 - ・ 居住地の存する都道府県
 - ・ 対象者本人が相当期間の居住経験を有するなど、本人の成育歴その他の生活環境を踏まえ、適当と考えられる都道府県
- 引受け意思を有する家族等がいる場合には、当該家族等のもとに退院することについての対象者の希望を考慮しつつ、当該家族等のもとを調整する。

(4) 生活環境の調整の流れ

- 居住地保護観察所は、指定入院医療機関との協議、生活環境の調査結果、関係機関からの資料等に基づくほか、入院地保護観察所を通じ、対象者の病状その他の生活環境の調整を行う上で必要な情報を得るなどして、退院予定地における調整計画を立案する。
- 居住地保護観察所の社会復帰調整官は、入院当初から、定期又は必要に応じ指定入院医療機関を訪問し、対象者本人から生活環境の調整に関する希望を聴取するほか、指定入院医療機関のスタッフと、調整計画等に関する協議を行う。この場合、居住地保護観察所と指定入院医療機関が遠隔地であるなど、指定入院医療機関への訪問に支障がある場合には、必要に応じ、入院地保護観察所の社会復帰調整官が面接、協議等を行い、その状況を居住地保護観察所に報告するものとする。
- 調整計画は、対象者の希望を踏まえて作成し、その内容については、対象者に懇切・丁寧に説明するものとする。
- 居住地保護観察所は、調整計画に基づいて、地方厚生局、都道府県・市町村と連携し、退院予定地における生活環境について調査の上、退院後に必要となる精神保健福祉サービス等の援助が円滑に受けられるよう、あっせん、調整するなどして生活環境の調整を行う。
- 都道府県・市町村は、保護観察所の求めに応じ、それぞれの機関において提供することのできる精神保健福祉サービス等の利用について調整を行う。
- 居住地保護観察所は、他の保護観察所の管轄区域を退院予定地として生活環

境の調整を行う場合には、当該保護観察所と連携して、必要な調査、調整等を行う。

- 入院地保護観察所は、居住地保護観察所の生活環境の調整経過等を指定入院医療機関に連絡し、また、必要な情報を居住地保護観察所に報告するなどして、効果的な調整が行われるよう配慮する。

エ 退院地の内定及び指定通院医療機関の選定準備

- 居住地保護観察所は、上記ウの生活環境の調整結果に基づき、当該対象者の社会復帰を促進する上で適当と認める退院予定地を、退院地として内定する。
- 地方厚生局は、上記ウの生活環境の調整結果及び下記カの外出・外泊の結果を踏まえ、当該退院地を管轄する保護観察所（以下「退院地保護観察所」という。）と協議して、あらかじめ当該対象者の退院後の通院医療を担当する指定通院医療機関を内定する。

オ 処遇の実施計画案の作成

- 退院地保護観察所は、退院後の地域社会における処遇に携わる関係機関とケア会議を開催するなどして協議の上、退院後の処遇の実施計画案を作成する。この場合、退院地保護観察所は、退院後に必要となる処遇に関し、あらかじめ指定入院医療機関と協議する。
- 指定通院医療機関は、必要な診療情報を指定入院医療機関より入手するとともに、指定入院医療機関と連携して、退院後に必要となる医療の内容について検討する。
- 退院地保護観察所は、退院後に必要となる精神保健観察の内容及び関係機関相互間の連携確保のための具体的方策について検討する。
- 都道府県・市町村は、当該対象者の入院医療を担当する指定入院医療機関及び保護観察所の意見並びに当該地域における精神障害者に対する精神保健福祉サービスの実情等を踏まえ、それぞれの機関において提供することのできる精神保健福祉サービス等の援助の内容について検討する。
- 退院地保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議の上作成

した処遇の実施計画案を入院地保護観察所に送付するほか、対象者への説明の機会を設け、その同意を得るよう努める。

- 入院地保護観察所は、処遇の実施計画案に関し、必要に応じ指定入院医療機関と協議して、その状況を退院地保護観察所に報告する。

カ 外出・外泊時の対応

- 指定入院医療機関は、対象者の院外外出（指定入院医療機関の敷地外への外出）又は外泊（指定入院医療機関の敷地外での宿泊）の計画を作成したときは、その計画を保護観察所に連絡する。保護観察所は、必要に応じ、外出外泊計画を関係機関に周知する。
- 指定入院医療機関は、退院地への外泊を行うに当たっては、あらかじめ、保護観察所にその旨を連絡する。外泊の終了時についても、同様とする。
- 指定入院医療機関は、外出・外泊の実施に際し、必要に応じて保護観察所の協力を求め、その医学的管理のもと、対象者と、当該対象者の退院後の地域社会における処遇に携わる指定通院医療機関、保護観察所、都道府県・市町村のスタッフとが面談する機会を設けるなどして、その関係構築に配慮する。

キ 退院許可又は入院継続の確認の申立て

- 指定入院医療機関は、入院医療の必要があると認めることができなくなったとして退院許可の申立てを行おうとする場合、又は入院医療を継続する必要があると認めて入院継続の確認の申立てを行おうとする場合は、当該対象者の生活環境の調整の状況についての保護観察所の意見を踏まえ、入院医療の必要性の有無について新病棟運営会議において評価を行う。
- 退院地保護観察所は、当該対象者の退院後の地域社会における処遇に携わる関係機関から必要に応じ意見を聴取した上、当該退院地において継続的な医療が確保できるかどうかについての意見を、指定入院医療機関に提出する。
- 指定入院医療機関は、保護観察所からの意見を付して、裁判所に対し、退院許可等の申立てを行う。

- 保護観察所は、退院許可等の申立てが行われた場合は、その旨を当該対象者の退院後の地域社会における処遇に携わる関係機関に連絡する。

(3) 通院決定又は退院許可決定の場合の対応

ア 通院決定時又は退院許可決定時における対応

- 保護観察所は、対象者から居住地の届出を受けるとともに、地方厚生局にその内容を通知する。通知を受けた地方厚生局は、当該対象者の通院医療を担当する指定通院医療機関を正式に選定し、保護観察所に通知する。
- 退院許可決定に当たっては、指定入院医療機関及び入院地保護観察所と、指定通院医療機関、退院地保護観察所等地域社会における処遇に携わる関係機関との間で、必要な情報を交換するなどして、処遇の継続性の確保に配慮する。
- 保護観察所は、関係機関と連携し、家族等による出迎え、緊急時における医療の対応等の調整を行い、対象者が退院地へ円滑に移動するための方策を講ずる。

イ 処遇の実施計画の作成

- 保護観察所は、ケア会議を開催するなどして、指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議の上、速やかに処遇の実施計画を作成する。この場合、指定入院医療機関から退院した対象者については、生活環境の調整の過程で作成された処遇の実施計画案を踏まえて作成する。
- 指定通院医療機関は、必要な診療情報を指定入院医療機関より入手するとともに、指定入院医療機関と連携して、通院医療の内容について検討する。
- 保護観察所は、当該対象者の精神保健観察の内容及び関係機関相互間の連携確保のための具体的方策について検討する。
- 都道府県・市町村は、指定医療機関及び保護観察所の意見並びに当該地域における精神障害者に対する精神保健福祉サービスの実情等を踏まえ、それぞれの機関において提供することのできる精神保健福祉サービス等の援助の内容について検討する。

- 処遇の実施計画に記載する処遇の内容及び方法については、概ね次のとおりとする。

- ・ 医療については、指定通院医療機関の名称、主治医・担当スタッフ名、医療方針、通院及び訪問診療等の頻度、指示事項等
- ・ 精神保健観察については、保護観察所名、担当社会復帰調整官名、精神保健観察の目的、接触の方法(訪問、出頭及びその頻度等)、指導事項等
- ・ 援助等については、精神保健福祉関係機関名、担当者名、援助の内容及び方法等
- ・ ケア会議の予定(内容、頻度、場所等)、関係機関が行う定期報告等
- ・ 病状悪化等による緊急時の対応(精神保健福祉法による入院の体制等)
- ・ その他処遇に当たっての留意事項や本制度の処遇終了後の一般の精神医療・精神保健福祉サービスの利用に関する事項(通院後期の場合)等

- 処遇の実施計画については、対象者に懇切・丁寧に説明し、同意を得るよう努める。

ウ 処遇の実施(通院医療、精神保健観察、援助等)

- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、対象者及びその家族等の関係者に対し、本制度による処遇の在り方や内容について、懇切・丁寧に説明し、理解を得るよう努める。
- 地域社会における処遇に携わる関係機関は、通院期間中、処遇の実施計画に基づいて、概ね次のとおり処遇を行う。
 - ・ 指定通院医療機関は、通院処遇ガイドラインに基づき、継続的かつ適切な医療を提供し、その病状の改善を図る。
 - ・ 保護観察所は、必要な医療の継続を確保するため、訪問又は出頭による面談や、指定通院医療機関、都道府県・市町村等からの生活状況の報告などにより、対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活状況を見守り、通院や服薬を促したり、家族等からの相談に応じ、助言を行うなどの必要な指導等を行う。
 - ・ 都道府県・市町村は、対象者やその家族等からの相談に応じ、必要な指導を行ったり、精神障害者社会復帰施設、ホームヘルプ、デイケア等必要とされる精神

障害者居宅生活支援事業等の利用の調整を行うほか、生活保護等の福祉サービス等の援助を行う。

エ ケア会議の開催等

- 保護観察所は、地域社会における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。
- 当該対象者の処遇に携わる指定通院医療機関、都道府県・市町村並びに対象者及びその保護者は、保護観察所に対し、ケア会議の開催を提案することができる。
- ケア会議の参加機関は、当該対象者の処遇に携わる指定通院医療機関、都道府県・市町村とし、その他の出席者については、保護観察所がこれら参加機関の意見を聴取した上で決定する。
- 対象者及びその保護者は、ケア会議に出席して意見を述べることができる。ただし、保護観察所が、指定通院医療機関その他の参加機関の意見を聴いた上で適当でないと認めるときは、この限りでない。
- 対象者の家族等の関係者は、保護観察所が必要と認めるとき、ケア会議に出席して意見を述べるができる。
- 保護観察所は、地域社会における処遇に携わる関係機関に対し、処遇の実施状況について報告を求め、また、必要な情報を提供するなどして、相互に情報の共有を図り、緊密な連携の確保に努める。
- 保護観察所は、ケア会議の開催及びその議論内容に関する記録を管理する。
- ケア会議で行われた情報交換の内容、配布された資料について、その取扱いに関し特に留意すべき事項については、参加者に周知されなければならない。
- 保護観察所は、ケア会議で決定されたこと等に関して、対象者に懇切・丁寧に説明し、同意を得よう努める。

オ 処遇の実施計画の見直し

- 通院期間中、地域社会における処遇に携わる関係機関は、常に各々の処遇の実施状況について評価を行い、対象者を取

り巻く生活環境の変化、社会復帰のための新たなニーズ等の把握に努める。また、処遇の実施計画に影響すると思われる情報を得た場合は、保護観察所にケア会議の開催を求めることができる。

- 保護観察所は、処遇の実施計画に基づく処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画について見直しの必要があると認めるときは、ケア会議を開催するなどして、関係機関との協議を行う。
- 処遇の実施計画の見直しを行った場合には、対象者に懇切・丁寧に説明し、同意を得よう努める。
- 保護観察所は、処遇の実施計画を変更した場合には、その旨を関係機関に周知する。

カ 転居の届出への対応

- 保護観察所は、転居の届出を受けた場合は、転居先を管轄する保護観察所を通じ、当該転居先の生活環境、近隣の指定通院医療機関の状況等について調査する。
- 保護観察所は、転居の届出を受けた場合において、指定通院医療機関の変更の必要があると認めるときは、その旨を地方厚生局に通知する。
- 地方厚生局は、転居先の保護観察所が行う指定通院医療機関との協議の結果を踏まえ、転居後の指定通院医療機関をあらかじめ内定する。この場合、保護観察所は、原則として、できるだけ当該転居先に近い指定通院医療機関と協議を行う。
- 転居先の保護観察所においては、速やかに指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議の上、処遇の実施計画を策定する。
- 転居後の指定通院医療機関は、必要な診療情報を転居前の指定通院医療機関より入手するとともに、通院医療の内容について検討する。
- 保護観察所は、転居が対象者の医療の継続や社会復帰の促進を図る観点から適当でないと認めるときは、対象者に対して、懇切・丁寧に説明する。

キ 旅行の届出への対応

- 保護観察所は、長期の旅行の届出を受けた場合は、医療の継続性の面で支障が

ないか、指定通院医療機関の意見を聴くとともに、旅行期間中に受けることとなる医療の予定について対象者に確認する。

- 保護観察所は、対象者が長期の旅行を行う場合には、対象者に対し、その旅行先の保護観察所の連絡先等を現地での連絡先として伝えとともに、当該保護観察所に対し、事前に、対象者の旅行の日程、旅行期間中において受けることとなる医療の予定等を連絡する。
- 保護観察所は、旅行が対象者の医療の継続や社会復帰の促進を図る観点から適当でないと認める場合には、対象者に対して、その旨を懇切・丁寧に説明する。
- 保護観察所は、対象者が長期の旅行を行う場合において、適正かつ円滑な処遇を確保するため必要があると認めるときは、指定通院医療機関、都道府県・市町村等に協力を求めることができる。ただし、医療費については選定された指定通院医療機関ではないことから医療保険による対応となる。

ク 病状悪化等による緊急時の対応

- 病状悪化等による緊急時の対応方法については、ケア会議等の場であらかじめ協議して定めておくほか、対象者及びその家族等の関係者に対し、その対応方法についてあらかじめ説明しておく。病状悪化時の対応方法については、既存の精神科救急医療システムの活用についても考慮する。
- 対象者の病状悪化が認められた場合には、その病状に応じて、あらかじめ協議していた対応方法に基づき、対象者に適切な精神科救急医療を提供するとともに、精神保健福祉法による任意入院、医療保護入院、措置入院などを適切に行うなどして必要な医療の確保に努める。精神保健福祉法による入院が行われた場合には、関係機関は、その旨を速やかに保護観察所に連絡する。
- 保護観察所は、病状悪化が認められた対象者について、本制度による入院医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うため、必要に応じてケア会議を開催するなどして、その結果に応じ、入院の申立てを行う。
- 指定医療機関は、保護観察所等の関係機関からの求めに応じ、対象者の病状が

悪化した場合の対応、病状改善の見込み等について助言を行うものとする。

- 保護観察所は、緊急の対応を必要とする場合に備え、対象者の地域社会における処遇に関する地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等と、互いにその担当者の緊急連絡先を通知しておく。

(4) 地域社会における処遇の終了等

ア 本制度による処遇終了の申立て・期間満了

- 保護観察所は、本制度による処遇を終了することが相当と認めるとき又は指定通院医療機関から本制度による処遇を終了することが相当である旨の通知を受けたときは、ケア会議を開催するなどして、関係機関と協議し、本制度による医療を受けさせる必要があると認めことができなくなった場合は、処遇終了の申立てを行う。
- 指定通院医療機関は、処遇終了の申立てに関する意見書を作成し、保護観察所に提出する。
- 都道府県・市町村は、処遇終了の申立てに関し、保護観察所に意見を述べることができる。
- 保護観察所は、処遇終了の申立てをした場合には、関係機関にその旨を通知する。その決定があった場合も同様とする。
- 処遇終了に当たっては、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、関係機関が相互に協議するなどして、十分に配慮する必要がある。

イ 通院期間の延長の申立て

- 保護観察所は、通院期間を延長することが相当と認めるとき若しくは指定通院医療機関から通院期間延長が必要である旨の通知を受けたとき、又は通院期間の満了日の数か月前に至ったときは、ケア会議を開催するなどして、関係機関と協議し、通院期間を延長して本制度による医療を受けさせる必要があると認める場合は、通院期間の延長の申立てを行う。
- 指定通院医療機関は、通院期間の延長の申立てに関する意見書を作成し、保護観察所に提出する。

- 都道府県・市町村は、通院期間の延長の申立てに関し、保護観察所に意見を述べるができる。
- 保護観察所は、通院期間の延長の申立てをした場合には、関係機関にその旨を通知する。その決定があった場合も同様とする。

ウ 入院の申立て

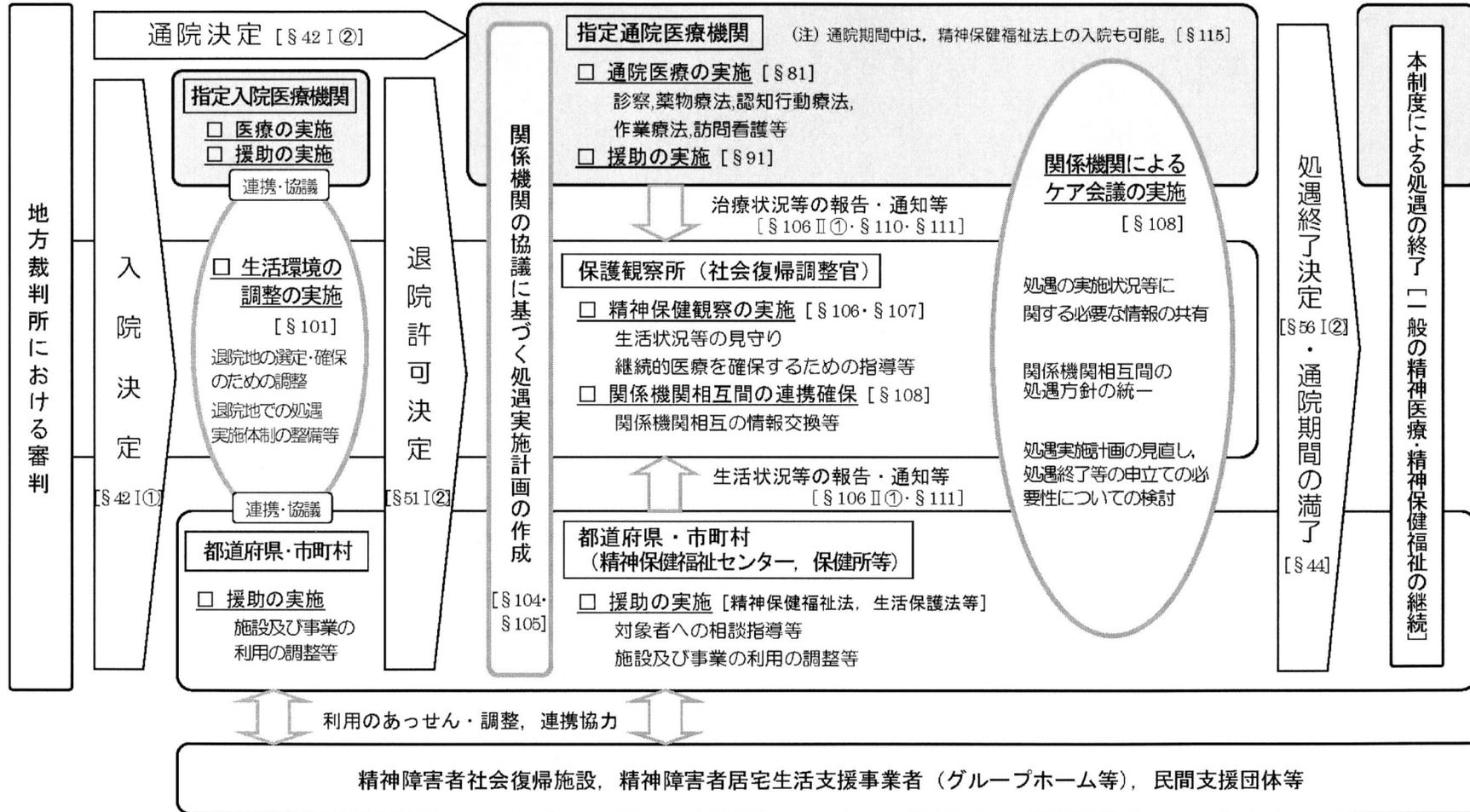
- 保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県・市町村からの通報等を受けるなどして入院の申立てを検討するときは、原則として、ケア会議を開催するなどして、関係機関と協議し、対象者を入院させて本制度による医療を受けさせる必要があると認める場合又は対象者が通院医療を受けるべき義務に違反するなどし、そのため継続的な医療を行うことが確保できないと認める場合は、入院の申立てを行う。
- 指定通院医療機関は、入院の申立てに関する意見書を作成し、保護観察所に提出する。
- 保護観察所は、必要があると認める場合は、入院の申立てに併せて、裁判所に対し、鑑定入院医療機関を推薦する。
- 保護観察所は、入院の申立てに伴う同行状又は鑑定入院命令の執行において、医師、警察官等による援助が必要な場合には、あらかじめ該当する関係機関と協議する。
- 保護観察所は、入院の申立てをした場合には、地方厚生局その他関係機関にその旨を通知する。その決定があった場合も同様とする。
- 保護観察所は、緊急の場合で、指定通院医療機関その他関係機関との協議を経ずに入院の申立てをした場合には、速やかに、関係機関に対してその旨を連絡する。

(図1)

■ 地域社会における処遇の概要

(注) 図中の[§]は、心神喪失者等医療観察法の該当条文を示す。([§42 I ①]は、42条1項1号)

地域社会における処遇
(処遇実施計画に基づく処遇の実施)



2 本事業のフィールドスタディに係る協力機関・協力者(順不同)

No.	機関名等
1	東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課
2	東京都立中部総合精神保健福祉センター保健福祉部広報援助課
3	東京都立多摩総合精神保健福祉センター保健福祉部広報援助課
4	千葉県健康福祉部障害福祉課精神保健福祉推進室
5	千葉県精神保健福祉センター
6	東京保護観察所 社会復帰調整官
7	千葉保護観察所 社会復帰調整官
8	国立精神・神経センター病院
9	東京都立多摩小平保健所保健対策課地域保健第一係
10	千葉市保健所精神保健福祉課
11	清瀬市健康福祉部障害福祉課障害福祉係
12	医療法人社団碧水会 長谷川病院
13	財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院
14	医療法人社団 根岸病院 医療相談室
15	成田日赤病院
16	社会福祉法人ゆいのもり福祉協会 食工房ゆいのもり
	社会福祉法人ワーナーホーム たんぽぽセンター

3 本事業における検討委員会委員

※所属機関等は2009年3月現在

No.	所属機関	名前
1	京が峰岡田病院	竹中 秀彦
2	学校法人調布学園 田園調布学園大学	伊東 秀幸
3	木の実町診療所	小関 清之
4	財団法人 浅香山病院	柏木 一恵
5	株式会社麻生 飯塚病院	木下 了丞
6	社団法人日本精神保健福祉士協会	田村 綾子
7	NPO 法人 MEW 就労支援センターMEW	廣江 仁
8	医療法人社団 和敬会 脳と心の総合健康センター	宮部 真弥子
9	医療法人尚生会 加茂病院	宮本 浩司
事務補佐	坪松真吾(本協会事務局長)、植木晴代(本協会事務局員)	

4 事務局担当者

※所属機関等は2009年3月現在

No.	所属機関	名 前
1	財団法人聖マリアンナ会 東横恵愛病院	木太 直人
2	社団法人日本精神保健福祉士協会	大塚 淳子
3	社団法人日本精神保健福祉士協会	清水 美由紀

5 執筆担当者

※所属機関等は2009年3月現在

No.	所属機関	名 前	構 成
1	厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課 医療観察医療体制整備推進室 指導係長	新川 智之	第2章
1	財団法人聖マリアンナ会 東横恵愛病院	木太 直人	第1章、第3章
2	社団法人日本精神保健福祉士協会	大塚 淳子	第4章、第5章
3	社団法人日本精神保健福祉士協会	清水 美由紀	第4章

本報告書は、厚生労働省の平成20年度障害保健福祉推進事業
の補助金を受けて作成されています。

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
報 告 書

平成21(2009)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
