

医療観察法対象者の社会復帰に関する先駆的実践事業及び
精神障害者の地域生活移行を実現する
生活実践型地域生活移行支援モデルの確立に関する研究

報告書

平成 22 年 3 月 31 日

財団法人横浜市総合保健医療財団

はじめに

厚生労働省から、全国 7 万人の、条件が整えば退院できる方の退院を目指すという精神保健医療福祉の改革ビジョンが打ち出された時、横浜市では条件が整えば退院できる方が 920 人いるという数値が明らかにされました。

当財団は横浜市から横浜市総合保健医療センターの指定管理者に選定され、要介護高齢者支援事業、地域医療機関支援事業とあわせて、精神障害者支援事業を実施してまいりました。精神障害者支援事業においては、精神障害者生活訓練施設を運営し、精神障害者の地域生活移行支援に取り組み、この 920 人の方々の地域生活移行に向けて何ができるか、何が必要かとの視点で様々な事業を実施してきました。昨年度はその活動の一環として、厚生労働省「平成 20 年度障害者保健福祉推進事業」の採択を受け、支援内容の数量化を行い、精神障害者の地域生活移行に向けた支援手法の分析に取り組んでまいりました。

精神障害者は、疾患と障害が併存し、かつ影響し合っていること、疾患による生活能力の障害があること、さらに若い時からの入院や家庭での引込み等で長く社会から隔絶された生活を送って来た方が多いことなどのため、再発しやすく、また、病状は安定していても地域で生活することは困難な方が多くいらっしゃいます。一方で、善悪の区別がつかない状態となった症状の重い精神障害者の場合、重大な他害行為を行ってしまうこともあり、社会からの偏見や差別にさらされ、地域生活移行が大きな課題となっています。平成 17 年に施行された医療観察法は、そのような心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った精神障害者に対し、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、及び支援を行うことによって、その病状の改善、再他害行為の防止を図り、対象者の社会復帰を促進することです。そして忘れてはならないのは、それをもって、精神保健福祉全般の水準の向上を図ることを目的とした法律であることです。

施行後 4 年半が経過し、その間、施設と人材の不足、精神鑑定をめぐる問題等、様々な課題が実際の運用により表面化してきました。当財団ではそういった課題を明らかにするのも公設施設の役割であると考え、病院と地域生活の間に位置する精神障害者生活訓練施設としての立場から現状の課題を整理し、支援のあり方について検討することとしました。

本年度は、医療観察法対象者の地域ケアの実態調査と、昨年度調査の詳細分析を行うことにより精神障害者の地域支援体制の強化に向けた調査研究を進めてまいりました。研究にあたっては、昨年度に引続き野中猛氏を中心とした事業検討委員会により、適宜御議論をいただきながら、データの集計、分析を実施しました。

本報告書に記載した分析結果や政策提言等が、今後の障害者保健福祉施策を推進し、一人でも多くの障害者の地域生活を実現し、人としての尊厳を取り戻すことに役立つことを願っております。

なお、最後になりましたが、今回の調査に御協力いただいた当財団の精神障害者生活訓練施設ハイツかもめ御利用者の皆様、全国公設生活訓練施設研究会の皆様、調査に御協力いただいた皆様、毎回示唆に富む議論をしてくださった事業検討委員の皆様には厚く御礼申し上げます。

平成 22 年 3 月

財団法人横浜市総合保健医療財団 理事
横浜市総合保健医療センター
センター長 齋藤 惇

調査研究事業プロジェクト実施体制

統括責任者

荻原 信吾 財団法人横浜市総合保健医療財団 専務理事 事務局長

事業検討委員

大塚 淳子	社団法人日本精神保健福祉士協会 常務理事（社会福祉）
熊田 隆夫	医療法人ディープインテンション 日吉病院 院長（精神科医師）
齋藤 惇	財団法人横浜市総合保健医療財団 理事 センター長（精神科医師）
品川 眞佐子	特定非営利活動法人ほっとハート 理事長（社会福祉）
鶴見 隆彦	法務省 横浜保護観察所 社会復帰調整官
○ 野中 猛	日本福祉大学 社会福祉学部保健福祉学科 教授（精神科医師）
細野 博嗣	横浜市健康福祉局 障害福祉課長（社会福祉）
松為 信雄	神奈川県立保健福祉大学 保健福祉学部社会福祉学科 教授（社会福祉）
村上 優	独立行政法人国立病院機構 琉球病院 院長（精神科医師）
吉川 進	特定非営利活動法人五つのパン（Five-breads）ピ・アヘルパー（社会福祉）

（五十音順・敬称略）

※ ○：事業検討委員長

プロジェクトメンバー

伊藤 未知代	横浜市総合保健医療センター 生活訓練係長（精神保健福祉士）
藤川 美登里	横浜市総合保健医療センター 診療部（精神科医師）
村上 裕輔	横浜市総合保健医療センター 就労訓練係長（社会福祉士）
角田 雅子	横浜市総合保健医療センター 生活訓練係（看護師）
永野 文敏	横浜市総合保健医療センター 生活訓練係（精神保健福祉士）
増田 剛士	横浜市総合保健医療センター 生活訓練係（精神保健福祉士）
三枝 康雄	株式会社浜銀総合研究所 地域戦略研究部長
東海林 崇	株式会社浜銀総合研究所 経営コンサルティング部
山本 将司	株式会社浜銀総合研究所 経営コンサルティング部
江良 中	株式会社浜銀総合研究所 経営コンサルティング部

目 次

第Ⅰ部 医療観察法対象者への地域ケア体制確立に向けた支援のあり方に関する研究	1
第1章 研究の背景.....	1
第2章 研究の枠組.....	2
第3章 質問紙調査.....	3
第1節 調査概要.....	3
第2節 調査方法.....	3
第3節 調査内容.....	4
第4節 調査結果.....	5
第4章 インタビュー調査.....	45
第1節 調査方法.....	45
第2節 調査結果.....	47
第5章 考察.....	63
第1節 医療観察法対象者における生活訓練施設の利用状況	63
第2節 生活訓練施設における医療観察法対象者の受入状況と今後の受入方針	64
第3節 生活訓練施設における医療観察法対象者の支援内容	65
第4節 医療観察法対象者の支援体制	67
第5節 医療観察法対象者の支援に係る報酬	69
第6節 医療観察法対象者の支援に係る情報・ノウハウ	73
第Ⅱ部 地域生活定着に向けた精神障害者の地域定着のあり方に関する研究	75
第1章 研究の背景.....	75
第1節 昨年度調査の概要.....	75
第2節 今年度調査の目的・背景.....	76
第2章 研究の枠組.....	76
第3章 支援中断事例の特徴とその解決策の提案	77
第1節 「体験利用終了事例」の特徴.....	77
第2節 正式利用中の支援頻度とカンファレンス内容の分析	80
第3節 体験利用終了事例・正式利用中断事例に関する考察	88
第4章 退所後定着事例の再分析	90
第1節 分析方法.....	90
第2節 分析結果.....	91
第3節 退所後定着事例に関する考察	101
第5章 考察.....	103
第Ⅲ部 総合考察 地域支援体制確立に向けた提案	106

資料集.....	108
資料 1-1 第1回事業検討委員会議事録.....	108
資料 1-2 第2回事業検討委員会議事録.....	112
資料 1-3 第3回事業検討委員会議事録.....	116
資料 2-1 医療観察法対象者の地域ケア体制の確立に関する質問紙.....	122
資料 2-2 研究等倫理審査結果報告書	129
資料 2-3 質問紙調査 クロス集計結果表.....	130
資料 2-4 質問紙調査 記述式回答結果 ①医療観察法対象者の社会復帰促進要因.....	144
資料 2-5 質問紙調査 記述式回答結果 ②医療観察法への意見.....	150
資料 3-1 支援会議と支援頻度のタイミング（個別データ）	154

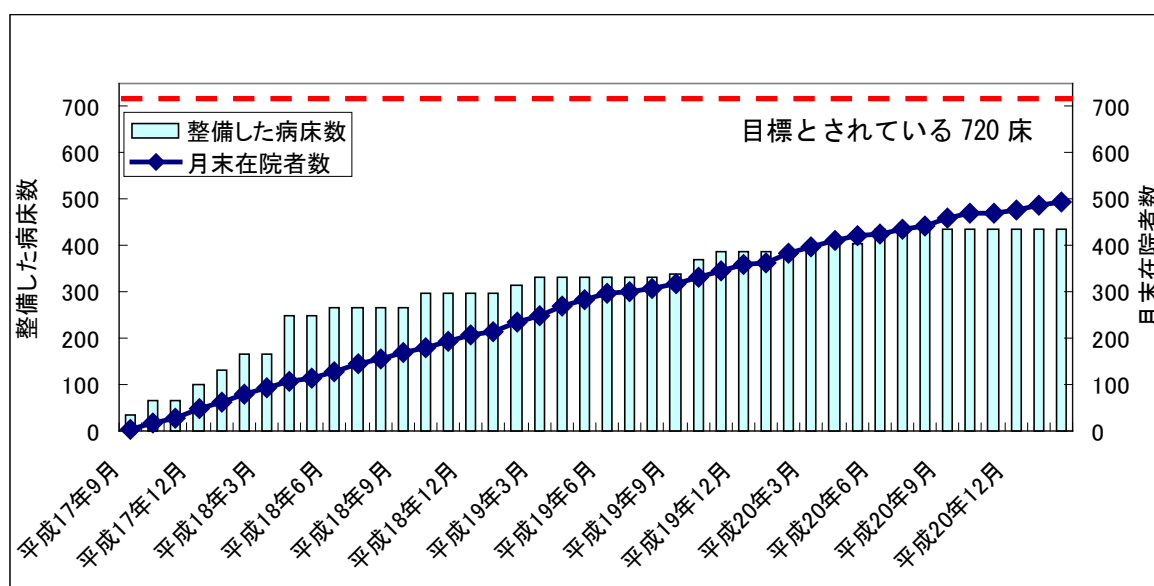
第Ⅰ部 医療観察法対象者への地域ケア体制確立に向けた支援のあり方に関する研究

第1章 研究の背景

平成 17 年 7 月の「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」（以下、医療観察法という）施行以来、医療観察法の入院処遇対象者は増加の一途を辿り、医療観察法病床が不足の状態となっている¹。医療観察法対象者の地域社会への移行が進まないこともその要因の一つと考えられるが、そういった課題を改善する役割を率先的に果たすのが公施設の役割の一つであるとする。

平成 21 年 4 月の報酬改定で、医療観察法対象者を受け入れる自立訓練(生活訓練)宿泊型の事業所に対して、地域生活移行個別支援特別加算が新設された。これにより支援員を手厚く配置できることから、精神障害者生活訓練施設(援護寮)の新体系移行先である自立訓練(生活訓練)宿泊型等の事業者は対象者の社会復帰支援に取り組む基盤が整いつつあると言える。

本研究では、医療観察法対象者の地域ケア体制確立に向けた支援のあり方（医療観察法対象者の支援モデル）を明らかにすることを目的とし、通院処遇となった対象者に対する地域生活移行に向けた中間的支援施設である「過去、精神障害者生活訓練施設(援護寮)による支援を行っていた、または現在も行っている施設、または障害者自立支援法における自立訓練(生活訓練)宿泊型を実施する事業所（以下、中間的支援施設という）」に対し、全国的な質問紙調査を行った。また、対象者の受入実績を複数有する中間的支援施設を先駆的实践事業として、関係機関も含めたインタビュー調査を実施した。



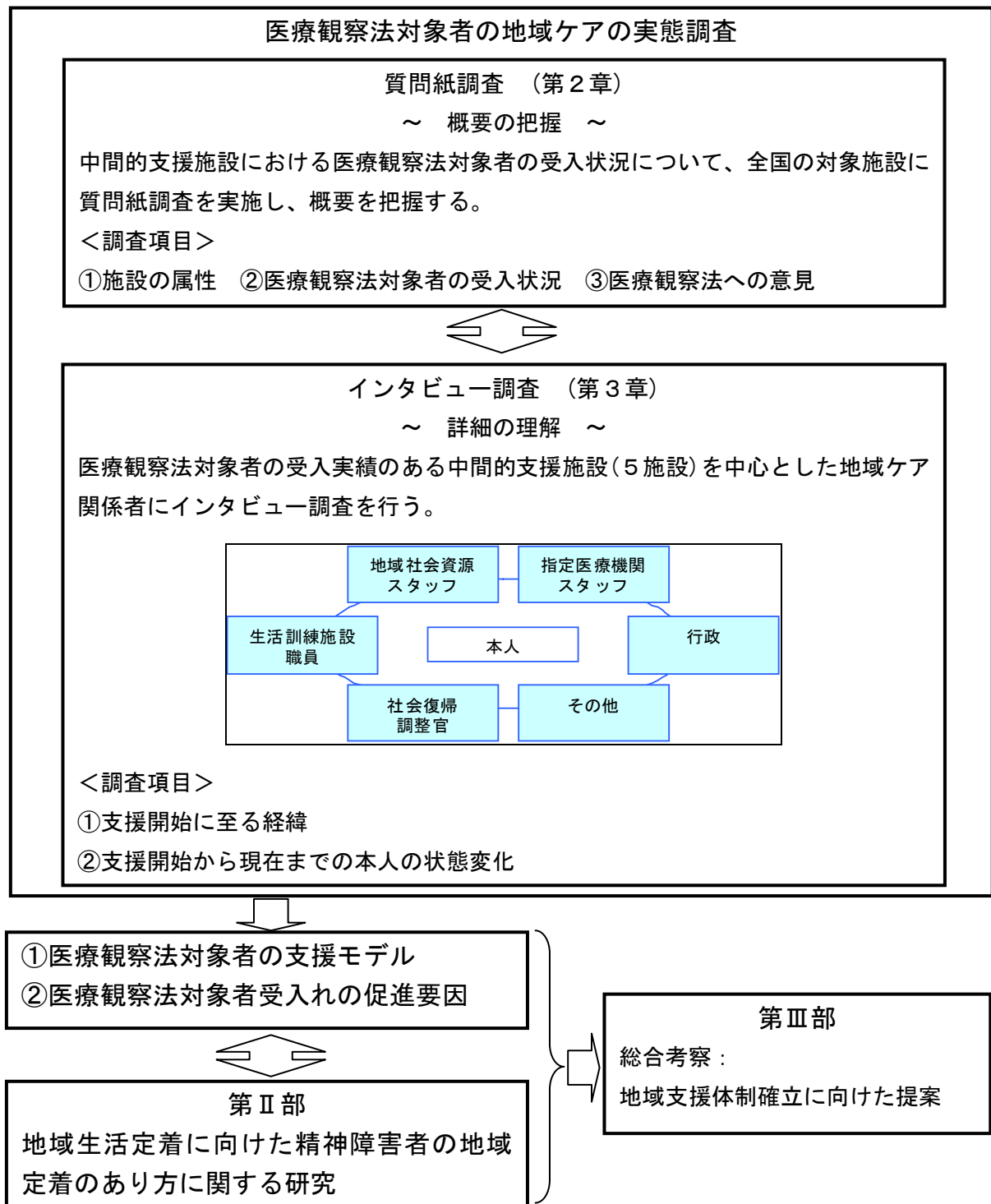
図表 1-1-1 整備した病床数と指定入院医療機関の月末在院者数

¹ 図 1-1-1 において平成 20 年から月末在院者数が病床数を上回っている。これは以下の事案に該当するものと考えられる。厚生労働省令第百三十三号第二条第二項「厚生労働大臣は、当分の間、すべての指定入院医療機関において病床（病院の一部について法第十六条第一項の指定を受けている指定入院医療機関にあっては、その指定に係る病床）に余裕がなくなると見込まれる場合には、入院対象者であって、当該入院対象者が入院している指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、当該者に対する医療の提供の経過及びその症状に照らし、早期に社会復帰することが可能な病状にあり、この項に規定する措置を実施した場合においてもその円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けるに当たって支障が生じないと認められるものに対し、特定医療施設又は特定病床で、入院による医療を行うことができる」。

第2章 研究の枠組

本研究の枠組みを以下に示す。医療観察法対象者の地域ケアの実態について、①全国の中間的支援施設を対象とした質問紙調査により概要を把握し、②医療観察法対象者の受入実績を複数有する中間的支援施設（5施設）を中心とした地域ケア関係者にインタビュー調査を行うことで、医療観察法対象者の支援モデル、受入れが促進される要因を明らかにする。

また、第Ⅱ部の内容と比較検討を行うことで、医療観察法対象者に対する支援と非対象者に対する支援の類似点、差異点を識別し、地域支援体制確立に向けた提案を行う。



図表 1-2-1 第Ⅱ部 研究の枠組み

第3章 質問紙調査

第1節 調査概要

調査対象：全国の中間的支援施設 305 事業所

調査対象とした中間的支援施設 305 事業所は、独立行政法人福祉医療機構の総合情報ウェブサイト「WAMNET」と、各都道府県の子精神保健福祉センターのウェブサイトから調査した。

調査期間：平成 21 年 11 月 2 日～11 月 30 日

第2節 調査方法

(1) 調査方法

無記名式の匿名質問紙調査として、305 事業所に対して調査票を郵送し、対象事業所記入後に返送頂いた。なお、無記名式とした理由は、医療観察法対象者数がそもそも少ないため、記名調査とした場合、個人が特定される不安を解消するためである。

(2) 調査手順

①質問項目原案作成

研究事務局にて質問項目の原案を作成した。

②質問項目の検討

事業検討委員会にて質問紙の原案を提示し、意見を収集した。

③質問項目修正

事業検討委員会での意見を踏まえ、研究事務局にて質問項目を修正した。

④調査倫理

調査実施に際し、当研究の主担当者である伊藤未知代が当財団の設置する倫理委員会に諮り、調査方法、調査内容について承認を受けた²。

⑤プレ調査の実施

他の公設生活訓練施設に調査票を送付し、設問の内容、留意事項について意見を収集した。

⑥質問項目の確定

事業検討委員に調査票を送付し、意見を反映した上、内容を確定した。

⑦質問紙の発送

対象事業所に、依頼状、質問紙を送付した。

⑧質問紙の記入、返送

対象事業所にて、質問紙に記入を頂き、同封の返信用封筒により返送いただいた。

⑨質問紙の受領、電子化

対象事業所より返送された質問紙を受領し、集計可能な書式に電子化を行った。

⑩集計作業の実施

電子化を行った質問紙の入力結果を用いて、集計作業を実施した。

² 倫理委員会の結果については、「資料 2-2 研究等倫理審査結果報告書」を参照されたい。

第3節 調査内容

調査内容を以下に示す。詳細については、「資料 2-1 医療観察法対象者の地域ケア体制の確立に関する質問紙」を参照されたい。

(1) 施設の概要

対象施設の概要について、平成 21 年 10 月時点の状況を調査した。

- ・施設設置主体、運営主体、所在地、職員人数、有資格者数
- ・法人内における精神科を標榜する医療機関の有無、種類、病床数、施設基準、法人内における指定通院医療機関の有無
- ・障害者自立支援法法定事業への移行状況

(2) 医療観察法対象者の受入状況

平成 17 年 7 月（医療観察法施行）から平成 21 年 10 月末日に関して以下の事項を調査した。

- ・施設における医療観察法対象者の受入れに関する取決めの有無
- ・医療観察法対象者の受入れに対する障害福祉サービス報酬の加算についての理解状況
- ・医療観察法対象者の受入れに関する相談、受入打診、受入状況（年度別の人数）
- ・医療観察法対象者の受入検討時の断った理由（断った実績のある施設のみ）
- ・医療観察法対象者受入れ後に大変だった事項（受入実績のある施設のみ）
- ・医療観察法対象者に対する他の利用者とは異なる特別な支援の有無
- ・医療観察法対象者の年度別退所先
- ・医療観察法対象者の今後の受入方針
- ・医療観察法対象者の受入条件
- ・医療観察法対象者の住居設定時に生じると予想される（あるいは生じた）課題や困難

(3) 医療観察法に関する意見

- ・医療観察法対象者の社会復帰を促進するための必要事項
- ・医療観察法に関する意見

第4節 調査結果

調査結果を以下に示す。図表内「度数」は、当該選択肢が選択された数である。また、「割合」については、四捨五入の関係上、各割合の和が100.0%とならない場合がある。

(1) 回収率

ア 回収率

本調査では、305 事業所に調査票を配布し、187 事業所より返送を受けた。回収率は 61.3% となった。

調査対象事業所数	調査協力施設	
度数	度数	割合[%]
305	187	61.3

図表 1-3-1 回収率

イ 対象事業実施事業所

本調査は、「過去、精神障害者生活訓練施設(援護寮)による支援を行っていた、または現在も行っている施設、または障害者自立支援法における自立訓練(生活訓練)宿泊型を実施する事業所」を対象としている。

調査票の返送があった187の事業所のうち、180事業所(96.3%)が当該事業を実施していた。

以下、この180事業所を対象として、調査結果を記載する。

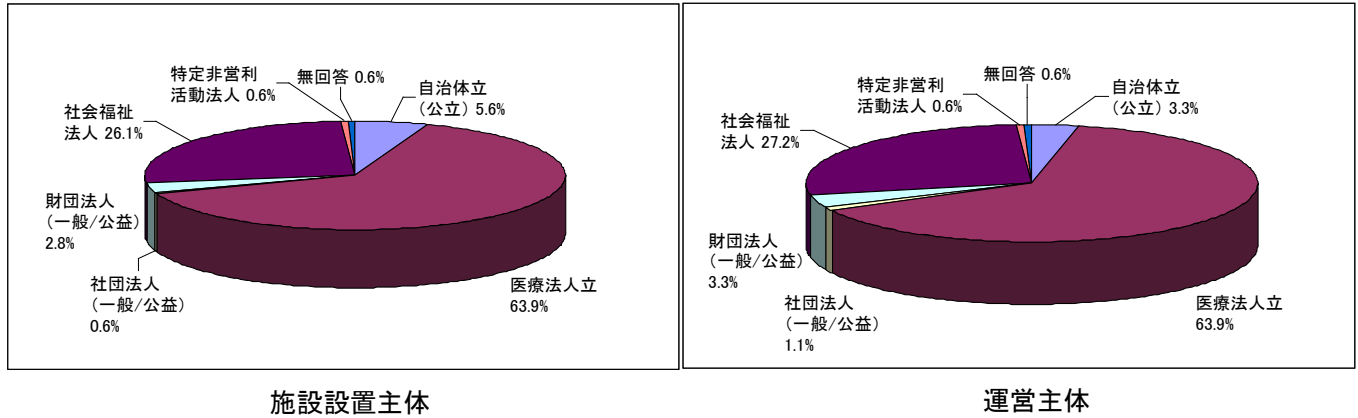
	度数	割合[%]
対象事業実施事業所	180	96.3
対象事業を実施していない事業所	7	3.7
合計	187	100.0

図表 1-3-2 対象事業実施事業所

(2) 調査対象施設の情報

ア 施設設置主体、運営主体

施設設置主体、運営主体とも、「医療法人」、「社会福祉法人」によるものが多く、あわせて90%以上を占めている。

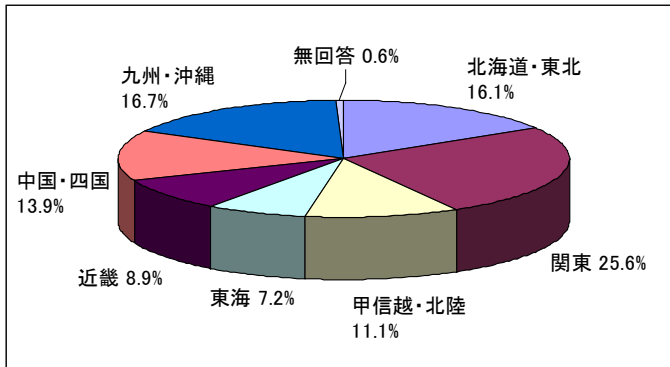


	施設設置主体		運営主体	
	度数	割合 [%]	度数	割合 [%]
自治体 (公立)	10	5.6	6	3.3
医療法人	115	63.9	115	63.9
社団法人 (一般/公益)	1	0.6	2	1.1
財団法人 (一般/公益)	5	2.8	6	3.3
社会福祉法人	47	26.1	49	27.2
特定非営利活動法人	1	0.6	1	0.6
無回答	1	0.6	1	0.6
合計	180	100.0	180	100.0

図表 1-3-3 施設設置主体、運営主体

イ 調査対象施設の所在地

施設の所在地は、「関東(46 施設 ; 25.6%)」が最も多く、「九州・沖縄(30 施設 ; 16.7%)」、北海道・東北(29 施設 ; 16.1%)と続いた。

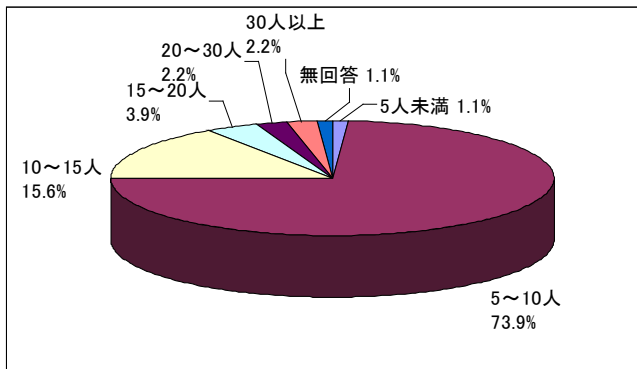


	度数	割合 [%]
北海道・東北	29	16.1
関東	46	25.6
甲信越・北陸	20	11.1
東海	13	7.2
近畿	16	8.9
中国・四国	25	13.9
九州・沖縄	30	16.7
無回答	1	0.6
合計	180	100.0

図表 1-3-4 調査対象施設の所在地

ウ 職員数(含む非常勤、兼務職員)

施設に所属する職員数は、「5～10人(133施設；73.9%)」、「10～15人(28施設；15.6%)」であることが多い。また、最小人数は4人、最大人数は73人であった。



	度数	割合[%]
5人未満	2	1.1
5～10人	133	73.9
10～15人	28	15.6
15～20人	7	3.9
20～30人	4	2.2
30人以上	4	2.2
無回答	2	1.1
合計	180	100.0

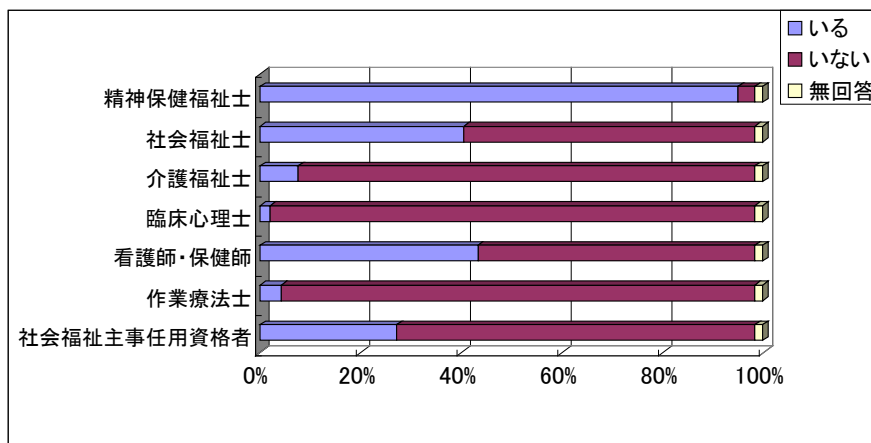
図表 1-3-5 職員数(含む非常勤、兼務職員)

エ 有資格者数(延べ人数)

精神保健福祉士、社会福祉士、介護福祉士、臨床心理士、看護師・保健師、作業療法士、社会福祉主事任用資格者に関して、施設内の有資格者延べ人数を調査した。

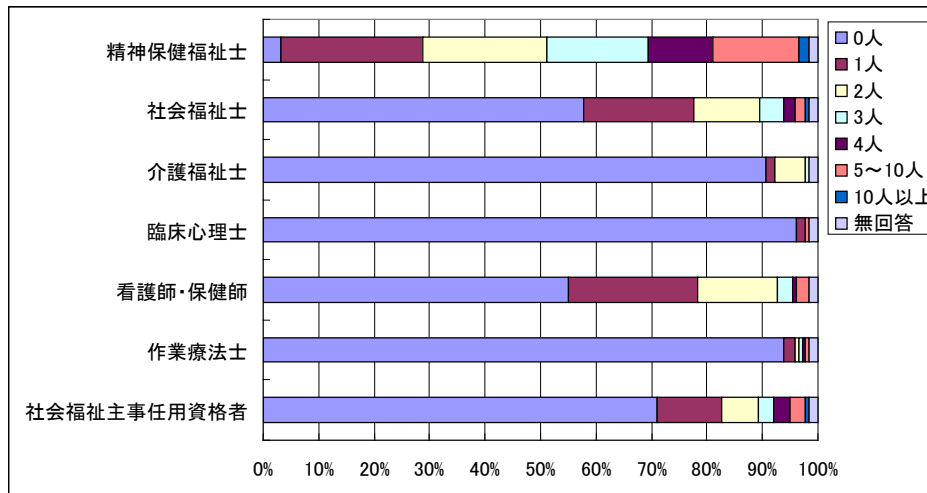
精神保健福祉士については、171 施設 (95.0%) において、最低 1 人は有資格者が所属している。施設内における同資格の有資格者数は、1 人であることが多い (46 施設 ; 25.6%)。その他の資格については、「有資格者 0 人」である場合が最大となった。

各資格について、1 人以上有資格者が存在する施設は、社会福祉士 73 施設 (40.6%)、介護福祉士 14 施設 (7.8%)、臨床心理士 4 施設 (2.2%)、看護師・保健師 78 施設 (43.3%)、作業療法士 8 施設 (4.4%)、社会福祉主事任用資格者 49 施設 (27.2%) となった。



	いる	いない	無回答	合計	いる	いない	無回答	無回答
	度数				割合 [%]			
精神保健福祉士	171	6	3	180	95.0	3.3	1.7	1.7
社会福祉士	73	104	3	180	40.6	57.8	1.7	1.7
介護福祉士	14	166	0	180	7.8	92.2	0.0	0.0
臨床心理士	4	176	0	180	2.2	97.8	0.0	0.0
看護師・保健師	78	99	3	180	43.3	55.0	1.7	1.7
作業療法士	8	172	0	180	4.4	95.6	0.0	0.0
社会福祉主事任用資格者	49	128	3	180	27.2	71.1	1.7	1.7

図表 1-3-6a 有資格数の有無



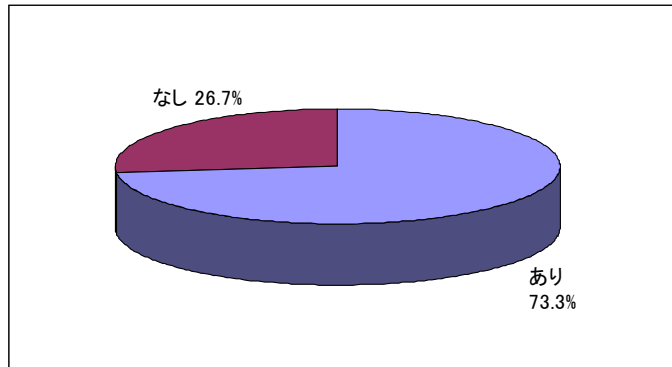
	有資格者	0人	1人	2人	3人	4人	5~10人	10人以上	無回答	合計
精神保健福祉士	度数	6	46	40	33	21	28	3	3	180
社会福祉士		104	36	21	8	4	3	1	3	180
介護福祉士		166	3	10	1	0	0	0	3	180
臨床心理士		176	3	0	0	0	1	0	3	180
看護師・保健師		99	42	26	5	1	4	0	3	180
作業療法士		172	4	1	1	1	1	0	3	180
社会福祉主事任用資格者		128	21	12	5	5	5	1	3	180
精神保健福祉士	割合 [%]	3.3	25.6	22.2	18.3	11.7	15.6	1.7	1.7	100.0
社会福祉士		57.8	20	11.7	4.4	2.2	1.7	0.6	1.7	100.0
介護福祉士		92.2	1.7	5.6	0.6	0.0	0.0	0.0	1.7	100.0
臨床心理士		97.8	1.7	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0	1.7	100.0
看護師・保健師		55.0	23.3	14.4	2.8	0.6	2.2	0.0	1.7	100.0
作業療法士		95.6	2.2	0.6	0.6	0.6	0.6	0.0	1.7	100.0
社会福祉主事任用資格者		71.1	11.7	6.7	2.8	2.8	2.8	0.6	1.7	100.0

図表 1-3-6b 有資格者数 (延べ人数)

オ 法人内における精神科を標榜する医療機関の情報

(ア) 法人内における精神科を標榜する医療機関の有無

法人内に精神科を標榜する医療機関を有するという施設は、132 施設 (73.3%) となった。

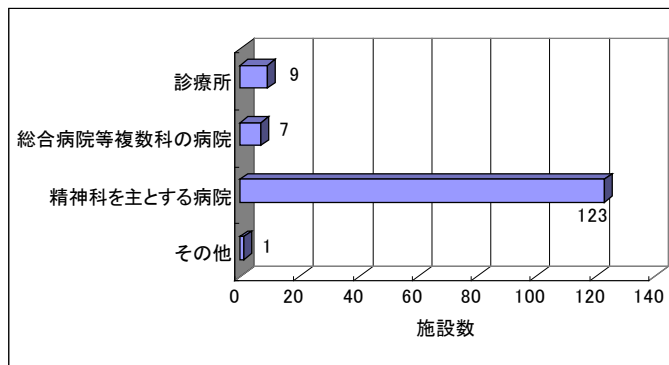


	度数	割合[%]
あり	132	73.3
なし	48	26.7
合計	180	100.0

図表 1-3-7 法人内における精神科を標榜する医療機関の有無

(イ) 医療機関の種類 (複数回答)

法人内に精神科を標榜する医療機関を有する 132 施設について、医療機関の種類を整理した。最も多いのは「精神科を主とする病院(123 施設 ; 68.3%)」となった。「診療所」、「総合病院等複数科の病院」は 10%未満となった。



	度数	割合[%]
診療所	9	5.0
総合病院等複数科の病院	7	3.9
精神科を主とする病院	123	68.3
その他	1	0.6

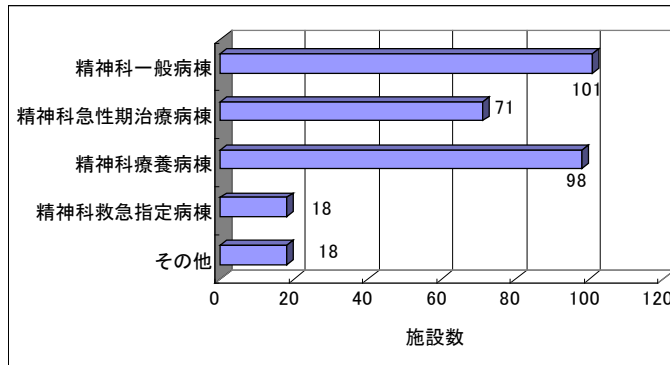
「割合」の分母は、対象事業を実施している施設数 180 である

図表 1-3-8 医療機関の種類 (複数回答)

(ウ)該当する施設基準（複数回答）

該当する施設基準は、多いものから「精神科一般病棟(101 施設；56.1%)」、「精神科療養病棟(98 施設；54.4%)」、「精神科急性期治療病棟(71 施設；39.4%)」となった。

選択肢以外に記載されたその他の施設基準としては、「認知症疾患治療・介護病棟」が 12 施設と多かった。



	度数	割合[%]
精神科一般病棟	101	56.1
精神科急性期治療病棟	71	39.4
精神科療養病棟	98	54.4
精神科救急指定病棟	18	10.0
その他	18	10.0

「割合」の分母は、対象事業を実施している施設数 180 である

図表 1-3-9a 該当する施設基準（複数回答）

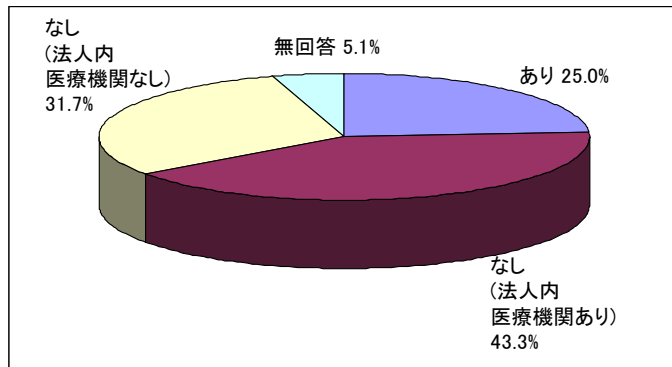
(その他の内訳)

	度数
認知症疾患治療・介護病棟	12
ストレスケアユニット	2
アルコール症治療病棟	2
老年精神科	1
痴呆疾患治療病棟	1
介護療養型医療施設	1
内科	1

図表 1-3-9b 該当する施設基準（その他の内訳）

(エ) 医療観察法指定通院医療機関の有無

法人内に医療観察法指定通院医療機関を有する施設は、45 施設（25.0%）であった。



	度数	割合[%]
あり	45	25.0
なし（法人内医療機関あり）	78	43.3
なし（法人内医療機関なし）	57	31.7
無回答	45	25.0
合計	180	100.0

図表 1-3-10 医療観察法指定通院医療機関の有無

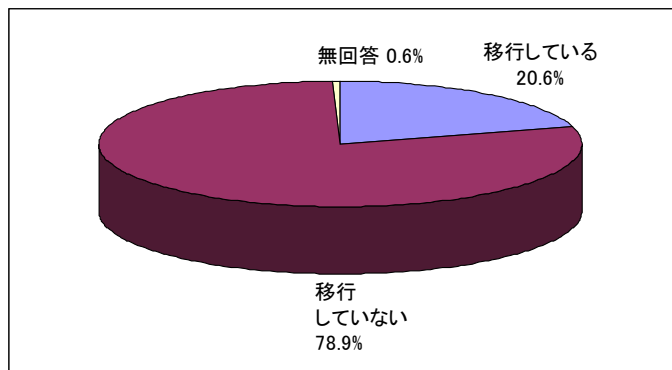
ア 障害者自立支援法への移行状況

(ア) 移行状況

180 施設のうち、障害者自立支援法に移行している施設は、37 施設(20.6%)となった。

厚生労働省障害保健福祉部障害福祉課による調査「新体系サービスへの移行状況」によると、平成 18 年 9 月末日に精神障害者生活訓練施設としての事業を実施していた施設(293 施設)のうち、平成 21 年度 4 月 1 日時点で新体系に移行済みである施設数は、62 施設(移行率 21.2%)であると報告されており、本研究の調査結果との差は 1%以内に収まっていた。

ただし、新体系に移行済みである 37 施設には、複数事業について移行をしている施設や事業の一部のみを移行をしている施設も含まれている。



	度数	割合[%]
移行している	37	20.6
移行していない	142	78.9
無回答	1	0.6
合計	180	100.0

図表 1-3-11 障害者自立支援法への移行状況

(イ)移行している場合、移行した事業名称

障害者自立支援法の体系に移行している場合、その移行後の事業としては、共同生活援助、あるいは共同生活介護である場合(16施設；43.2%)が最大となった。次いで、「自立訓練(生活訓練)」が11施設(29.7%)、「自立訓練(生活訓練)宿泊型」が10施設(27.0%)と多かった。

共同生活援助、あるいは共同生活介護を営む16施設中、両事業を一体型として移行している事業所が8施設あった。

	度数	割合[%]
自立訓練（生活訓練）	11	29.7
自立訓練（生活訓練）宿泊型	10	27.0
自立訓練（生活訓練）通所型(短期滞在含む)	6	16.2
短期入所	3	8.1
共同生活援助・共同生活介護	16	43.2
地域移行型ホーム事業所	1	2.7
施設入所支援	1	2.7
就労移行支援	4	10.8
就労継続支援	4	10.8
指定相談支援	1	2.7
生活介護事業	2	5.4
無回答	1	2.7

「割合」の分母は、障害者自立支援法に移行済みである施設数37である

図表 1-3-12 障害者自立支援法への移行後の事業名称

(ウ)移行している場合、移行する前の事業

障害者自立支援法の体系に移行している場合、移行する前の事業として「精神障害者生活訓練施設(29施設；78.3%)」が最大となった。それ以外の事業はすべて、1施設のみである。

	度数	割合[%]
精神障害者生活訓練施設	29	78.3
障害者デイサービスセンター	1	2.7
精神障害者短期入所	1	2.7
精神障害者通所授産施設	1	2.7
知的障害者通所寮	1	2.7
グループホーム	1	2.7
無回答	4	2.9

「割合」の分母は、障害者自立支援法に移行済みである施設数 37 である

図表 1-3-13 障害者自立支援法に移行する前の事業名称

(エ)移行していない場合、現在の事業

障害者自立支援法の体系に移行していない 142 施設の営む現在の事業も「精神障害者生活訓練施設(137施設；96.5%)」が最大となった。

	度数	割合[%]
精神障害者生活訓練施設	137	96.5
短期入所	5	3.5
精神障害者小規模通所授産施設	2	1.4
無回答	4	2.8

「割合」の分母は、障害者自立支援法に移行していない施設数 142 である

図表 1-3-14 障害者自立支援法に移行していない事業名称

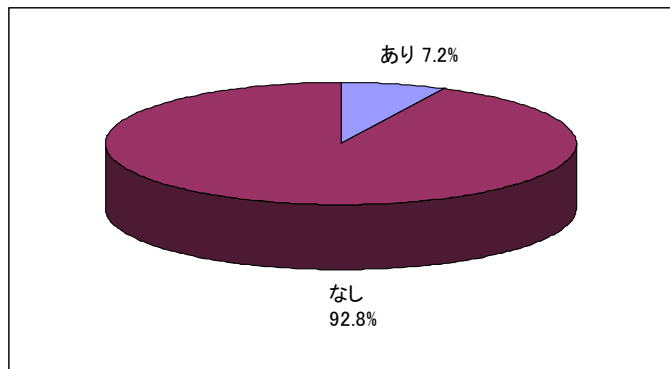
(3) 医療観察法対象者の受入状況

ア 医療観察法対象者の受入れに関する制限やルール、取決めの有無

13 施設(7.2%)より、法人内において、医療観察法対象者の受入れに関する制限やルール、取決めが存在するとの回答が得られた。

具体的なルールの内容としては、同時期に受入れる医療観察法対象者の人数を制限するものがあり、「施設定員の 1 割以内」、「全利用者数の 1/3 以内」、「1 人まで」、「2 人まで」というものだった。また、指定通院医療機関を法人内に有する施設においては、対象者を受入れる場合、指定通院医療機関を法人内精神科医療機関にすることや、法人内精神科医療機関に入院後、状況判断を行うことをルールとして定めているとの回答も見られた。

中には、法人内の精神科医療機関でも医療観察法対象者の受入れを実施していないことから、施設での受入れも原則行わないとされているところもあった。一方、医療観察法対象者を特別視すること自体が問題であるとし、原則、他の利用者と同じように対応することとしている施設もあった。



	度数	割合 [%]
あり	13	7.2
ない	167	92.8
合計	180	100.0

図表 1-3-15a 医療観察法対象者の受入れに関する制限やルール、取決めの有無

(具体的内容)

分類	度数
人数制限(具体例) 定員の 1 割以内、全利用者の 1/3 以内、1 人まで、2 人まで	6
法人内において協議を行う	3
指定通院医療機関を法人内の精神科医療機関にしてもらう あるいは、法人内精神科医療機関に入院後、状況判断を経て決定する	2
原則不可	1
他の利用者と同じように対応する	1

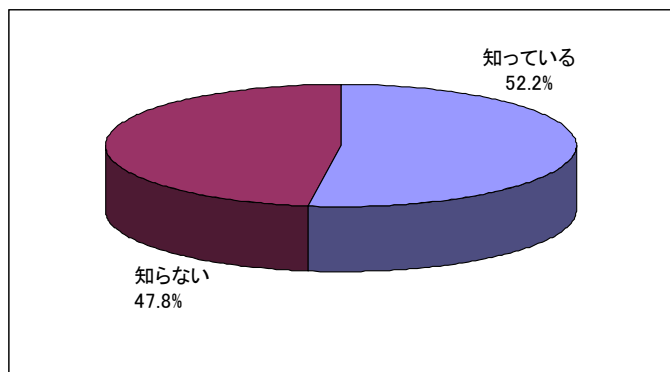
図表 1-3-15b 医療観察法対象者の受入れに関する制限やルール、取決めの有無(具体的内容)

イ 医療観察法対象者の受入れ時における障害福祉サービス報酬の加算について

平成 21 年 4 月より「医療観察法対象者を受入れた場合、障害福祉サービス報酬の加算がつくようになったが、同制度を知っているか」との問いに関して、94 施設(52.2%)より知っているとの回答が得られた。

同制度に関しては、その報酬単価が指定医療機関に比べて低額であり、提供する業務の対価としても加算が少ないとする意見があった。また、精神障害者生活訓練施設は、加算対象外なので、不公平であるとの意見もあった。

その他、加算を受けるための申請手続きにおいて、自治体への確認事項が多く手間がかかることや、申請時に書類を提出することで医療観察法対象者であることが明らかになってしまうことを懸念する意見、加算要件を充足するための職員の事務的負担が多いことを指摘する意見があった。



	度数	割合 [%]
知っている	94	52.2
知らない	86	47.8
合計	180	100.0

図表 1-3-16a 医療観察法対象者の受入れ時における障害福祉サービス報酬の加算の周知状況

(報酬加算に対する意見)

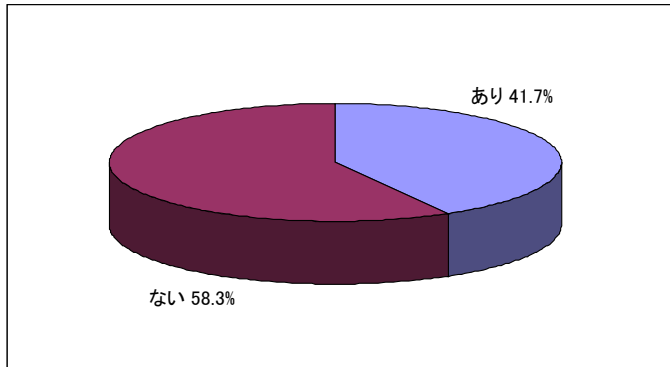
分類	度数
精神障害者生活訓練施設は、加算対象外なので、不公平である	8
指定医療機関の加算に比べ、報酬が割安である 提供する業務の対価として加算が少ない	8
加算のための手続きが煩雑、 加算要件を充足するための負担が多い	5
受入れを検討しやすくなった	4

図表 1-3-16b 医療観察法対象者の受入れ時における障害福祉サービス報酬の加算に対する意見

ウ 医療観察法対象者の受入れに関する相談、受入打診、受入状況

(ア) 相談の有無

医療観察法対象者の受入れに関する相談は、75 施設(41.7%)にあった。なお、ここで相談とは、医療観察法に視点を置いた施設見学、一般的な問合せなどを含む。



	度数	割合[%]
あり	75	41.7
ない	105	58.3
合計	180	100.0

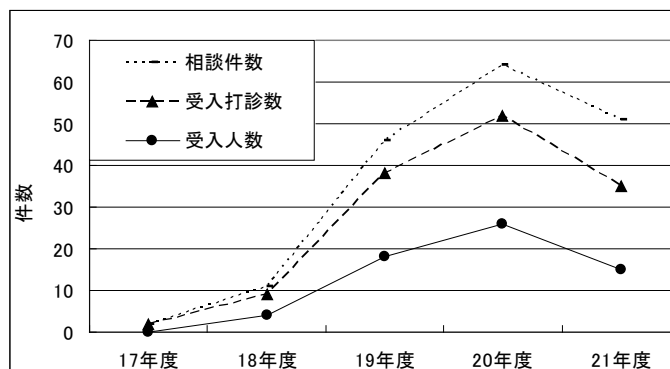
図表 1-3-17 医療観察法対象者の受入れに関する相談の有無

(イ) 相談、受入打診、受入れの年度別件数合計

医療観察法対象者の受入れに関する相談、受入打診、受入人数を年度別に集計した。

ここで受入打診とは、上記相談のうち、具体的な事例があった場合を示す。平成 21 年については、10 月末時点(7 か月間)の情報であることを注意されたい。

年度別に見ると、相談件数、受入打診数、受入人数すべてにおいて、件数は純増しており、5 年間の合計として、相談は 174 件、受入打診は 136 件、受入れは 63 件となった。受入打診があった場合、46.3%(=63/136)の割合で受入れが行われている。



年度	17	18	19	20	21	合計
相談件数	2	11	46	64	51	174
受入打診数	2	9	38	52	35	136
受入人数	0	4	18	26	15	63

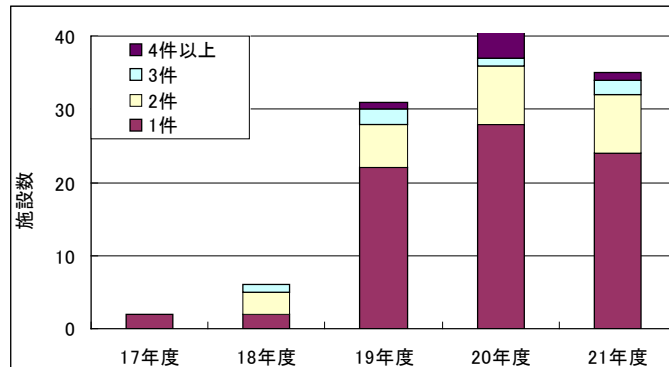
平成 21 年度は 10 月末時点の数値である

図表 1-3-18 医療観察法対象者の受入れに関する相談件数、受入打診数、受入人数の年度別合計

(ウ) 年度別相談件数

相談については、17年度には、2施設しか受けなかったものの、20年度では、少なくとも1件以上相談があったとする施設が、41施設となっている。180施設の22.8%は年間1件以上相談を受けていることを示す。21年度は、10月末時点でありながら既に35施設が相談を受けている。

一施設あたりの相談件数に着目すると、同一年度に複数回の相談を受ける施設もあり、平成20年度では4施設において4件以上の相談があった。



年度	17	18	19	20	21	17	18	19	20	21
相談件数	度数					割合 [%]				
0 件	178	174	149	139	145	98.9	96.7	82.8	77.2	80.6
1 件	2	2	22	28	24	1.1	1.1	12.2	15.6	13.3
2 件	0	3	6	8	8	0.0	1.7	3.3	4.4	4.4
3 件	0	1	2	1	2	0.0	0.6	1.1	0.6	1.1
4 件以上	0	0	1	4	1	0.0	0.0	0.6	2.2	0.6

「割合」の分母は、対象事業を実施している施設数 180 である

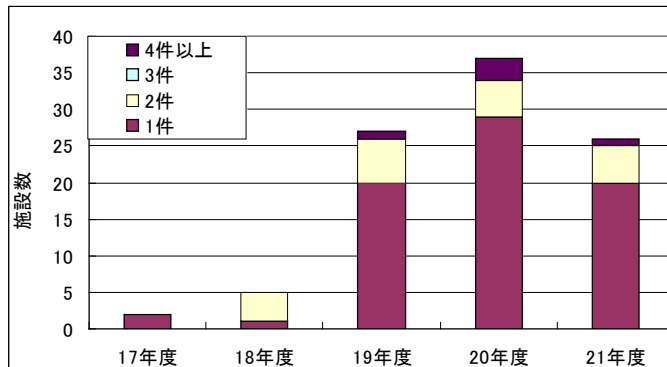
平成 21 年度は 10 月末時点の数値である

図表 1-3-19 医療観察法対象者の受入れに関する年度別相談件数

(エ) 年度別受入打診件数

受入打診については、17 年度には、2 施設しか受けなかったものの、20 年度では、少なくとも 1 件以上相談があったとする施設が、37 施設となっている。180 施設の 20.6%は年間 1 件以上受入れの打診を受けていることを示す。21 年度は、10 月末時点でありながら既に 26 施設が受入打診を受けている。

一施設あたりの受入打診件数に着目すると、同一年度に複数回の受入打診を受ける施設もあり、20 年度では 3 施設において 4 件以上の受入打診があった。



年度	17	18	19	20	21	17	18	19	20	21
受入打診件数	度数					割合[%]				
0 件	178	175	153	143	154	98.9	97.2	85.0	79.4	85.6
1 件	2	1	20	29	20	1.1	0.6	11.1	16.1	11.1
2 件	0	4	6	5	5	0.0	2.2	3.3	2.8	2.8
3 件	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
4 件以上	0	0	1	3	1	0.0	0.0	0.6	1.7	0.6

「割合」の分母は、対象事業を実施している施設数 180 である

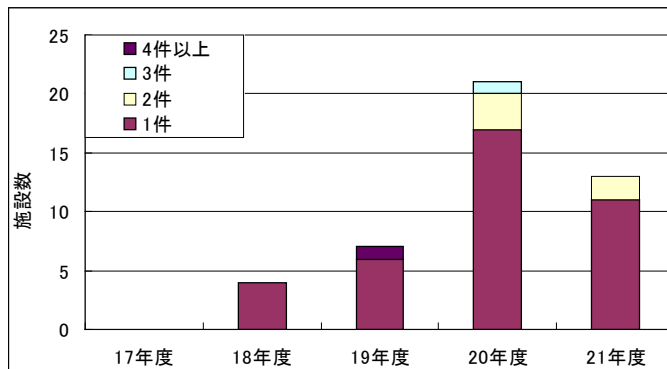
平成 21 年度は 10 月末時点の数値である

図表 1-3-20 医療観察法対象者の受入れに関する年度別受入打診件数

(オ) 年度別受入件数

受入れについては、17 年度の 0 件にはじまり、20 年度では、1 件以上受入れを行った施設が 21 施設となっている。180 施設の 11.7% は年間 1 件以上受入れを行っていることを示す。21 年度は、10 月時点でありながら既に 13 施設が受入れている。

一施設あたりの受入れ件数に着目すると、同一年度に複数件の受入れを行っている施設もあり、19 年度では 4 件以上受入れを行った施設もあった。



年度	17	18	19	20	21	17	18	19	20	21
受入件数	度数					割合[%]				
0 件	180	176	173	159	167	100.0	97.8	96.1	88.3	92.8
1 件	0	4	6	17	11	0.0	2.2	3.3	9.4	6.1
2 件	0	0	0	3	2	0.0	0.0	0.0	1.7	1.1
3 件	0	0	0	1	0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.0
4 件以上	0	0	1	0	0	0.0	0.0	0.6	0.0	0.0

「割合」の分母は、対象事業を実施している施設数 180 である

平成 21 年度は 10 月末時点の数値である

図表 1-3-21 医療観察法対象者の年度別受入件数

エ 医療観察法対象者の受入打診時の対応状況

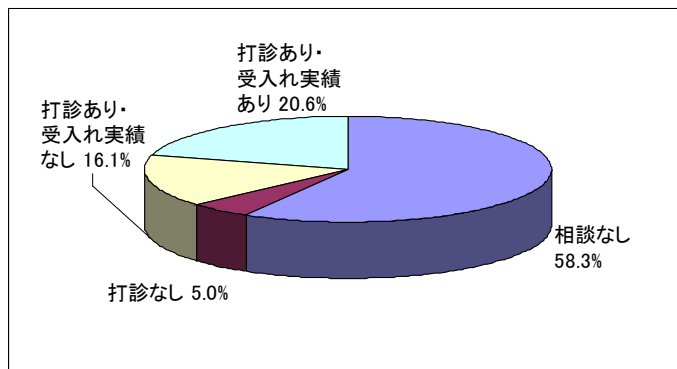
(ア)医療観察法対象者の相談、受入打診、受入状況

180 施設の医療観察法対象者の相談、受入打診、受入状況を整理した。

「相談なし」とする施設が 105 施設、相談はあり、具体的な受入打診がない施設が 9 施設、打診があったとする施設が 66 施設であった。

打診があった 66 施設のうち、受入実績のある施設が 37 施設 (20.6%)、受入実績のない施設が 29 施設 (16.1%) となった。

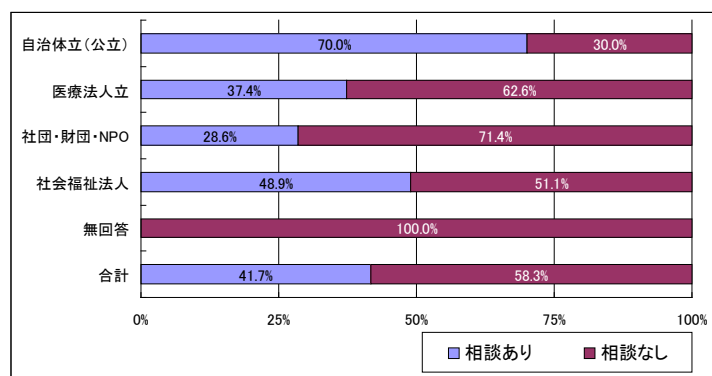
施設側から断ったことがなく、受入れにつながった施設が 33 施設あり、打診時に施設側から断り、一度も受入れに至っていない施設が 13 施設ある。また、施設側からは断っていないが、対象者や家族から入所を辞退した等の理由で受入実績がない施設が 16 施設あり、断ったこともあるが、事例によっては受入れを行っており、受入実績を有する施設も 4 施設存在した。



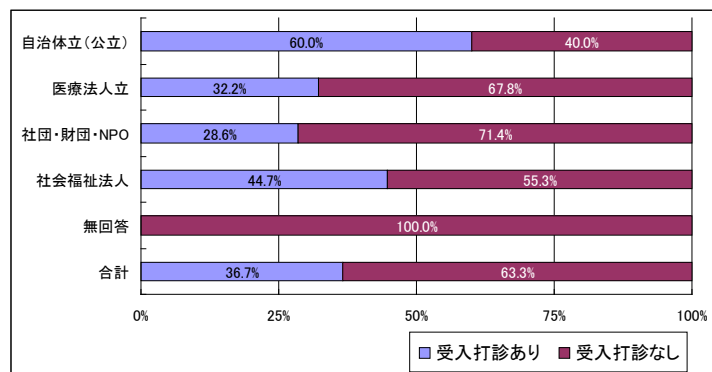
	度数	割合 [%]
相談なし	105	58.3
受入打診なし	9	5.0
打診あり	66	36.7
受入実績なし	29	16.1
断ったことはない	16	8.9
断ったことがある	13	7.2
受入実績あり	37	20.6
断ったことはない	33	18.3
断ったことがある	4	2.2
合計	180	100.0

「割合」の分母は、対象事業を実施している施設数 180 である

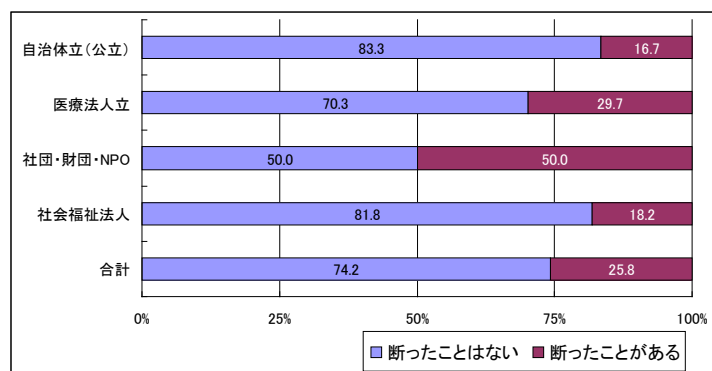
図表 1-3-22a 医療観察法対象者の受入状況



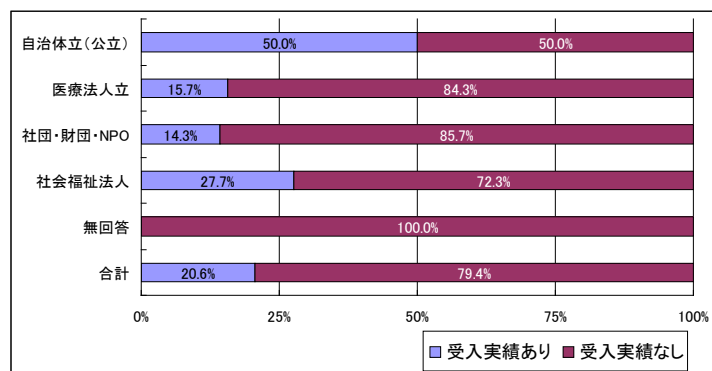
相談の有無



受入打診の有無



断ったことの有無



受入実績の有無

続いて、医療観察法対象者の受入状況について、施設の属性(施設設置主体、施設運営主体、職員数、所在地、指定医療機関の有無、障害者自立支援法への移行状況等)による比較を行った³。

ここでは、特に特徴のあった施設設置主体別の集計結果を示す。

大きな特徴は、自治体立(公立)施設への相談(70.0%)、受入打診(60.0%)が多いということである。また、受入に対する施設としての取組姿勢も前向きであり、打診を受けた施設の 83.3%がそのまま受入れを行っている。結果として、全自治体立(公立)施設のうち 50.0%は受入実績があるという結果が得られた。

図表 1-3-22b 医療観察法対象者の受入状況(設置主体別の比較)

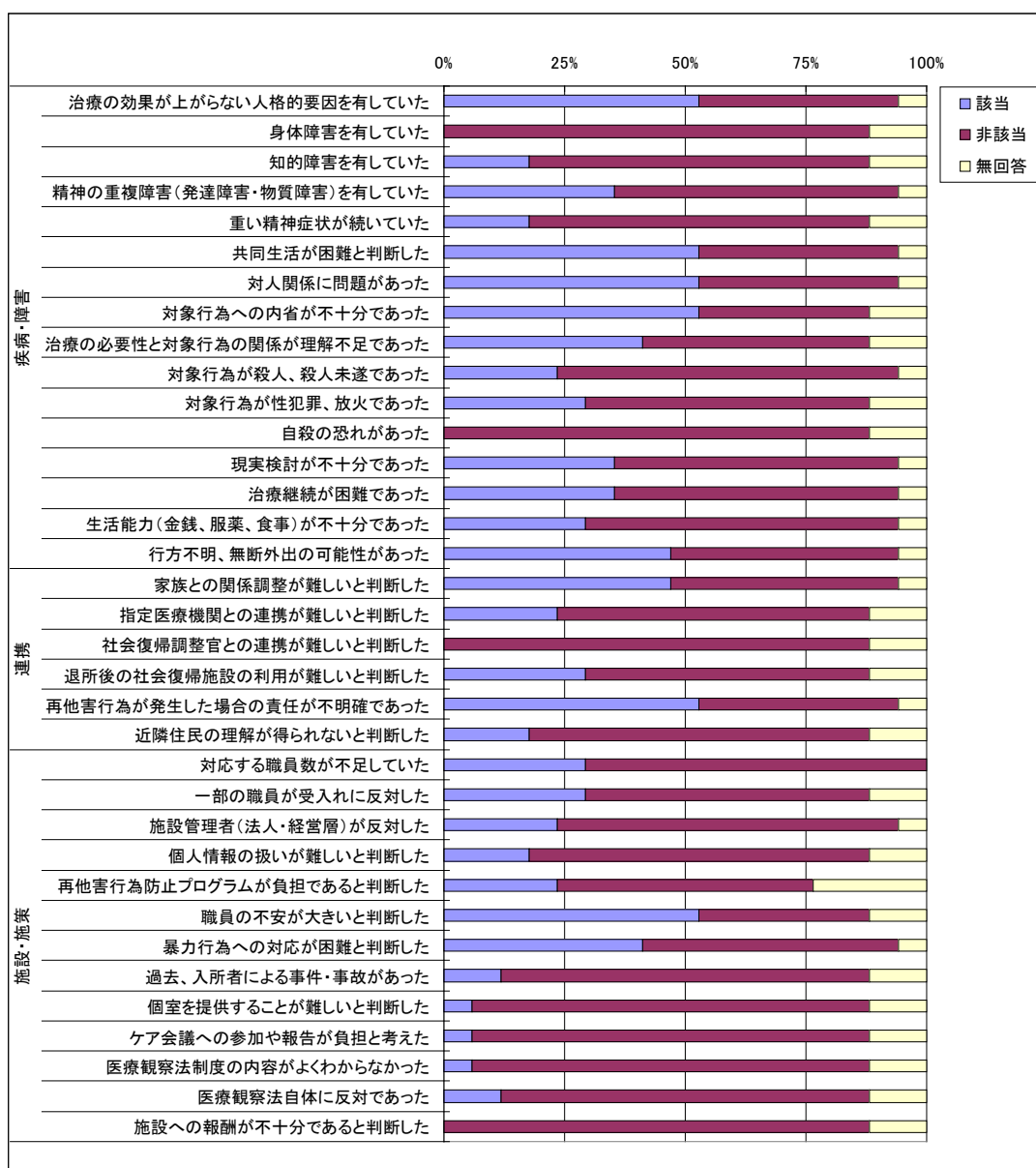
³ クロス集計(相談の有無、受入打診の有無、断ったことの有無、受入実績の有無)の結果については、資料 2-3 を参照されたい。

(イ)受入検討時の断った理由

受入検討時の断った理由について、35 項目の設問を用意し、それぞれ該当するか否かについて4段階(1 ; 該当する、2 ; どちらかという該当する、3 ; どちらかという該当しない、4 ; 該当しない)で調査した。

図表では、「1 ; 該当する、2 ; どちらかという該当する」を「該当」、「3 ; どちらかという該当しない、4 ; 該当しない」を「非該当」の2択に再分類し、各選択肢を選択した施設数(度数)を、「断ったことがある」と回答した施設数 17 を分母として割合を算出している。

受入れを断った理由として、最も該当する割合が大きかったのは、9 施設(52.9%)が「該当」と回答した「治療の効果が上がらない人格的要因あり」「共同生活が困難と判断した」「対人関係に問題があった」「対象行為への内省が不十分であった」「再被害行為が発生した場合の責任が不明確」「職員の不安が大きいと判断した」であった。



医療観察法対象者の受入打診を断ったことがある施設数 17 を分母として、割合を算出した

図表 1-3-23a 受入検討時の断った理由

要因の分類別に見ると、「疾病・障害」に関連した要因の中では、「治療効果が上がらない人格的要因あり」「共同生活が困難と判断した」「対人関係に問題があった」「対象行為への内省が不十分であった」について、9施設(52.9)が「該当」としており、受入れを判断する際のマイナス要因として認識されている。

		該当	非該当	無回答	該当	非該当	無回答
		度数			割合[%]		
疾病・障害	治療の効果が上がらない人格的要因あり	9	7	1	52.9	41.2	5.9
	身体障害を有していた	0	15	2	0.0	88.2	11.8
	知的障害を有していた	3	12	2	17.6	70.6	11.8
	精神の重複障害(発達障害・物質障害)あり	6	10	1	35.3	58.8	5.9
	重い精神症状が続いていた	3	12	2	17.6	70.6	11.8
	共同生活が困難と判断した	9	7	1	52.9	41.2	5.9
	対人関係に問題があった	9	7	1	52.9	41.2	5.9
	対象行為への内省が不十分であった	9	6	2	52.9	35.3	11.8
	治療の必要性和対象行為の関係が理解不足	7	8	2	41.2	47.1	11.8
	対象行為が殺人、殺人未遂であった	4	12	1	23.5	70.6	5.9
	対象行為が性犯罪、放火であった	5	10	2	29.4	58.8	11.8
	自殺の恐れがあった	0	15	2	0.0	88.2	11.8
	現実検討が不十分であった	6	10	1	35.3	58.8	5.9
	治療継続が困難であった	6	10	1	35.3	58.8	5.9
	生活能力(金銭、服薬、食事)が不十分であった	5	11	1	29.4	64.7	5.9
	行方不明、無断外出の可能性があった	8	8	1	47.1	47.1	5.9

「割合」の分母は、医療観察法対象者の受入打診を断ったことがある施設数 17 である

図表 1-3-23b 受入検討時の断った理由(疾病・障害に関する要因)

「連携」に関連した要因の中では、「再被害行為が発生した場合の責任が不明確であった」（9施設；52.9%）、「家族との関係調整が難しいと判断した」（8施設；47.1%）、「退所後の社会復帰施設の利用が難しいと判断」（5施設；29.4%）の順となった。

		該当	非該当	無回答	該当	非該当	無回答
		度数			割合[%]		
連携	家族との関係調整が難しいと判断した	8	8	1	47.1	47.1	5.9
	指定医療機関との連携が難しいと判断した	4	11	2	23.5	64.7	11.8
	社会復帰調整官との連携が難しいと判断した	0	15	2	0.0	88.2	11.8
	退所後の社会復帰施設の利用が難しいと判断	5	10	2	29.4	58.8	11.8
	再被害行為が発生した場合の責任が不明確	9	7	1	52.9	41.2	5.9
	近隣住民の理解が得られないと判断	3	12	2	17.6	70.6	11.8

「割合」の分母は、医療観察法対象者の受入打診を断ったことがある施設数 17 である

図表 1-3-23c 受入検討時の断った理由(連携に関する要因)

「施設・施策」に関連した要因については、「職員の不安が大きいと判断した」（9施設；52.9%）、「暴力行為への対応が困難と判断した」（7施設；41.2%）、「対応する職員数が不足していた」（5施設；29.4%）、「一部の職員が受入に反対した」（5施設；29.4%）となり、受入の阻害要因になっている。

		該当	非該当	無回答	該当	非該当	無回答
		度数			割合[%]		
施設・施策	対応する職員数が不足していた	5	12	0	29.4	70.6	0.0
	一部の職員が受入に反対した	5	10	2	29.4	58.8	11.8
	施設管理者（法人・経営層）が反対した	4	12	1	23.5	70.6	5.9
	個人情報の扱いが難しいと判断した	3	12	2	17.6	70.6	11.8
	再被害行為防止プログラムが負担であると判断	4	9	4	23.5	52.9	23.5
	職員の不安が大きいと判断した	9	6	2	52.9	35.3	11.8
	暴力行為への対応が困難と判断した	7	9	1	41.2	52.9	5.9
	過去、入所者による事件・事故があった	2	13	2	11.8	76.5	11.8
	個室を提供することが難しいと判断した	1	14	2	5.9	82.4	11.8
	ケア会議への参加や報告が負担と考えた	1	14	2	5.9	82.4	11.8
	医療観察法制度の内容がよくわからなかった	1	14	2	5.9	82.4	11.8
	医療観察法自体に反対であった	2	13	2	11.8	76.5	11.8
	施設への報酬が不十分であると判断した	0	15	2	0.0	88.2	11.8

「割合」の分母は、医療観察法対象者の受入打診を断ったことがある施設数 17 である

図表 1-3-23d 受入検討時の断った理由(施設・施策に関する要因)

(ウ)その他の断った理由 (記述式回答)

その他の断った理由の具体的記述内容は、以下のようになった。

(その他の具体的内容)

具体的内容
対象行為が異性に関するものであったため、女性職員や女性利用者の配慮のため ※施設の都合で当直が女性職員 1 名の時もあるため
関連法人の医療機関でも対象者の受入れを行っていない
以前関わっていたことがあり、本人のことを考えると環境的にふさわしくないとされたため
問題行為が発生した場合での、地域で培った信頼関係の修復や派生する様々なトラブルに対しての対処法などが考慮されておらず、民間施設への運営上の配慮がなされていないと判断したため

図表 1-3-23e 受入検討時の断った理由(その他の具体的内容)

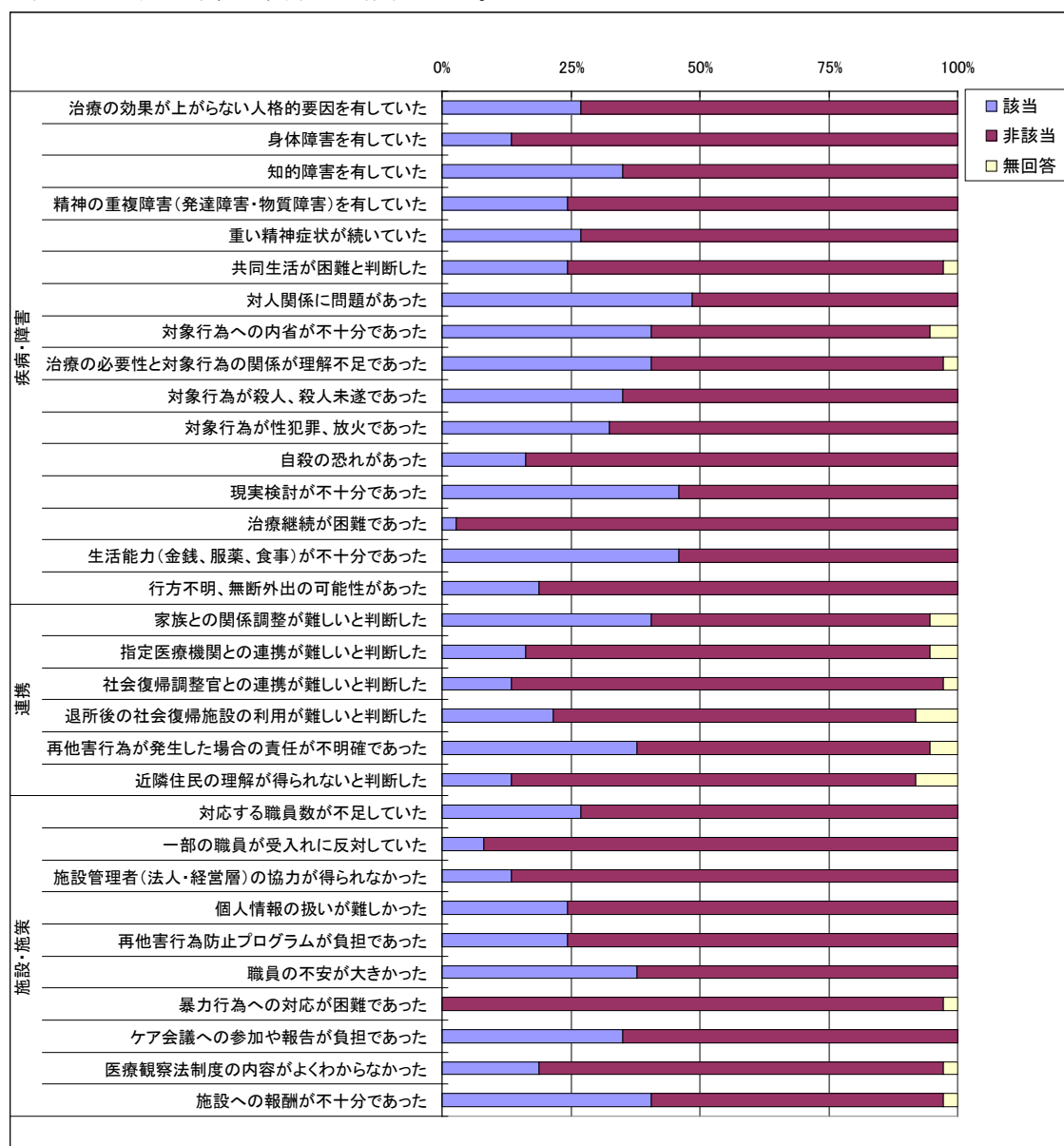
オ 医療観察法対象者の受入れ後の状況

(ア) 受入後に大変だった事項

実際に受入れを行った後に大変だった事項について、32 項目の設問を用意し、それぞれ該当するか否かについて 4 段階（1；該当する、2；どちらかという該当する、3；どちらかという該当しない、4；該当しない）で調査した。

図表では、「1；該当する、2；どちらかという該当する」を「該当」、「3；どちらかという該当しない、4；該当しない」を「非該当」の 2 択に再分類し、各選択肢を選択した施設数（度数）を、「受入実績がある」と回答した施設数 37 を分母として割合を算出している。

受入れ後に大変だった事項として、最も該当する割合が大きかったのは、「対人関係に問題があった」（18 施設；48.6%）であった。続いて、「現実検討が不十分であった」（17 施設；45.9%）、「生活能力（金銭、服薬、食事）が不十分であった」（17 施設；45.9%）となっており、いずれも疾病・障害に関する要因である。



「割合」の分母は、医療観察法対象者の受入実績を有する施設数 37 である

図表 1-3-24a 医療観察法対象者の受入れ後に大変だった事項

		該当	非該当	無回答	該当	非該当	無回答
		度数			割合[%]		
疾病・障害	治療の効果が上がらない人格的要因あり	10	27	0	27.0	73.0	0.0
	身体障害を有していた	5	32	0	13.5	86.5	0.0
	知的障害を有していた	13	24	0	35.1	64.9	0.0
	精神の重複障害(発達障害・物質障害)あり	9	28	0	24.3	75.7	0.0
	重い精神症状が続いていた	10	27	0	27.0	73.0	0.0
	共同生活が困難と判断した	9	27	1	24.3	73.0	2.7
	対人関係に問題があった	18	19	0	48.6	51.4	0.0
	対象行為への内省が不十分であった	15	20	2	40.5	54.1	5.4
	治療の必要性和対象行為の関係が理解不足	15	21	1	40.5	56.8	2.7
	対象行為が殺人、殺人未遂であった	13	24	0	35.1	64.9	0.0
	対象行為が性犯罪、放火であった	12	25	0	32.4	67.6	0.0
	自殺の恐れがあった	6	31	0	16.2	83.8	0.0
	現実検討が不十分であった	17	20	0	45.9	54.1	0.0
	治療継続が困難であった	1	36	0	2.7	97.3	0.0
	生活能力(金銭、服薬、食事)が不十分であった	17	20	0	45.9	54.1	0.0
	行方不明、無断外出の可能性があった	7	30	0	18.9	81.1	0.0

「割合」の分母は、医療観察法対象者の受入実績を有する施設数 37 である

図表 1-3-24b 医療観察法対象者の受入れ後に大変だった事項(疾病・傷害に関する要因)

「連携」に関連した要因の中では、「家族との関係調整が難しいと判断した」(15 施設；40.5%)が最大となり、「再他害行為が発生した場合の責任が不明確」(14 施設；37.8%)、「退所後の社会復帰施設の利用が難しいと判断」(8 施設；21.6%)と続いた。

		該当	非該当	無回答	該当	非該当	無回答
		度数			割合[%]		
連携	家族との関係調整が難しいと判断した	15	20	2	40.5	54.1	5.4
	指定医療機関との連携が難しいと判断した	6	29	2	16.2	78.4	5.4
	社会復帰調整官との連携が難しいと判断した	5	31	1	13.5	83.8	2.7
	退所後の社会復帰施設の利用が難しいと判断	8	26	3	21.6	70.3	8.1
	再他害行為が発生した場合の責任が不明確	14	21	2	37.8	56.8	5.4
	近隣住民の理解が得られないと判断	5	29	3	13.5	78.4	8.1

「割合」の分母は、医療観察法対象者の受入実績を有する施設数 37 である

図表 1-3-24c 医療観察法対象者の受入れ後に大変だった事項(連携に関する要因)

「施設・施策」に関連した要因においては、「施設への報酬が不十分であった」（15 施設；40.5%）が最大となり、「職員の不安が大きかった」（14 施設；37.8%）、「ケア会議への参加や報告が負担であった」（13 施設；35.1%）と続いていた。

		該当	非該当	無回答	該当	非該当	無回答
		度数			割合[%]		
施設・施策	対応する職員数が不足していた	10	27	0	27.0	73.0	0.0
	一部の職員が受入れに反対していた	3	34	0	8.1	91.9	0.0
	施設管理者（法人・経営層）の協力が得られなかった	5	32	0	13.5	86.5	0.0
	個人情報の扱いが難しかった	9	28	0	24.3	75.7	0.0
	再被害行為防止プログラムが負担であった	9	28	0	24.3	75.7	0.0
	職員の不安が大きかった	14	23	0	37.8	62.2	0.0
	暴力行為への対応が困難であった	0	36	1	0.0	97.3	2.7
	ケア会議への参加や報告が負担であった	13	24	0	35.1	64.9	0.0
	医療観察法制度の内容がよくわからなかった	7	29	1	18.9	78.4	2.7
	施設への報酬が不十分であった	15	21	1	40.5	56.8	2.7

「割合」の分母は、医療観察法対象者の受入実績を有する施設数 37 である

図表 1-3-24d 医療観察法対象者の受入れ後に大変だった事項(施設・施策に関する要因)

(イ)その他に大変だった事項 (記述式回答)

その他、医療観察法対象者の受入れ後に大変だった事項について具体的記述内容は、以下のようになった。

具体的内容
当施設から医療機関まで遠く、公共交通機関の利用方法や道順などを理解するまで同行が必要であった
些細な行動・言動・気分の変化などでも職員が敏感に反応してしまう(入所初期)
他の利用者と同様に全てを生活モデルで捉えられないため、医療的支援(通院・服薬)としての関わりをひろげざるをえなくなったこと
医療に対する過度の依存
家族に対する他害行為であったため家族からの反対が強くあり困難を極めた 今後地域移行についても家族の反対が予測される
病院からの外泊に制限があり、体験利用から入所までの期間が数か月から6か月位と長期間になるため、その間の部屋を確保しなければならない。
体験として受け入れたが、依頼先の職員が過剰と思えるほどの人員で来所。施設側での対応が展開しづらかった
入所前に行う体験宿泊が医療観察法による入院中であるため制約が多く、効果的な体験宿泊を行うことができない
施設職員との信頼関係の構築に相当の時間を要した (軽度知的障害や人格・生育歴等の要因が考えられる)
虚言癖がある。影で利用者を威嚇する 生活訓練を受けようとししない

図表 1-3-24e 医療観察法対象者の受入れ後に大変だった事項(その他の具体的内容)

(ウ)「受入検討時の断った理由」と「受入れ後に大変だった事項」の比較

「受入検討時の断った理由」と「受入れ後に大変だった事項」について、各設問の「該当」とされた割合について比較を実施した。前述のように、「受入検討時の断った理由」は分母が 17 施設であり、「受入れ後に大変だった事項」の分母は 37 施設であることに注意されたい。

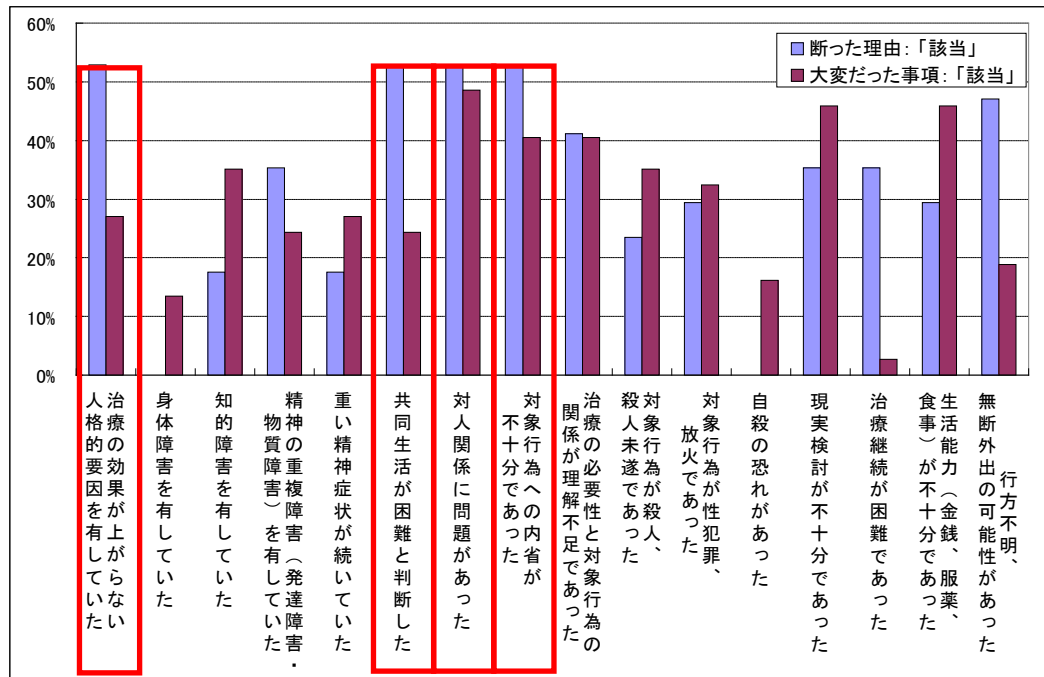
「疾病・障害」に関する「受入検討時の断った理由」として、該当するという施設の割合が 50%を超えたのは、「治療の効果が上がらない人格的要因あり」「共同生活が困難と判断した」「対人関係に問題があった」「対象行為への内省が不十分であった」であった。中間的支援施設において、これらの要因が医療観察法対象者の受入れに関する大きな懸案事項であると言える。

これらの項目について、「受入れ後に大変だった事項の結果と比較を行うと、両者の傾向には差があることが示された。中でも「治療継続が困難であった」(32.6 ポイント)、「共同生活が困難と判断した」(28.6 ポイント)、「行方不明、無断外出の可能性があった」(28.2 ポイント)、「治療の効果が上がらない人格的要因あり」(25.9 ポイント)では、15 ポイント以上の正の差が確認された。同設問の回答者は一致していないため、同一施設における受入れ前後の単純な比較はできないが、「受入れ後に大変」とされた割合よりも、「受入検討時の断った理由」とされた割合の方が大きいという結果が得られた。指定通院医療機関や、生活訓練施設が受入れにあたって、そういった懸念を CPA 会議で提起し、受入れを断った可能性も考えられる。今後も、生活訓練施設の受入れの際に「治療の効果が上がらない人格的要因」「共同生活の適応性」「対人関係」「対象行為への内省」が大きな判断要因になるものと考えられる。入院処遇では、引き続きこれらに関する治療と適切な処遇実施計画策定が求められよう。

一方、「自殺の恐れがあった」(-16.2%)、「知的障害を有していた」(-17.5%)、「生活能力(金銭、服薬、食事)」(-16.5%)については、割合の差が負の数値になった。つまり、「受入検討時の断った理由」された割合よりも、「受入れ後に大変だった」とされた割合の方が大きいという結果が得られた。

「自殺の恐れ」や「知的障害」に関しては、極めて制限がある環境である入院中よりも、制限の少ない地域生活でこそ問題が顕在化することを表している。「生活能力(金銭、服薬、食事)」に関しては、生活能力が低いと判断されたため生活訓練施設を利用しているのであり当然の結果とも言えるが、想像の範囲以上だったことを表している。ここに医療観察法対象者支援における生活訓練施設の必要性が示されているとも考えられる。

指定入院医療機関においても、ある程度の生活スキルの支援は行っている。それでも退院後に生活訓練施設と言う「みまもり」がある生活の場で生活課題の問題が明確化され、それらの訓練が専門職員によって提供できる意義は大きい。これこそ、生活訓練施設に求められている機能であり、価値ではないだろうか。



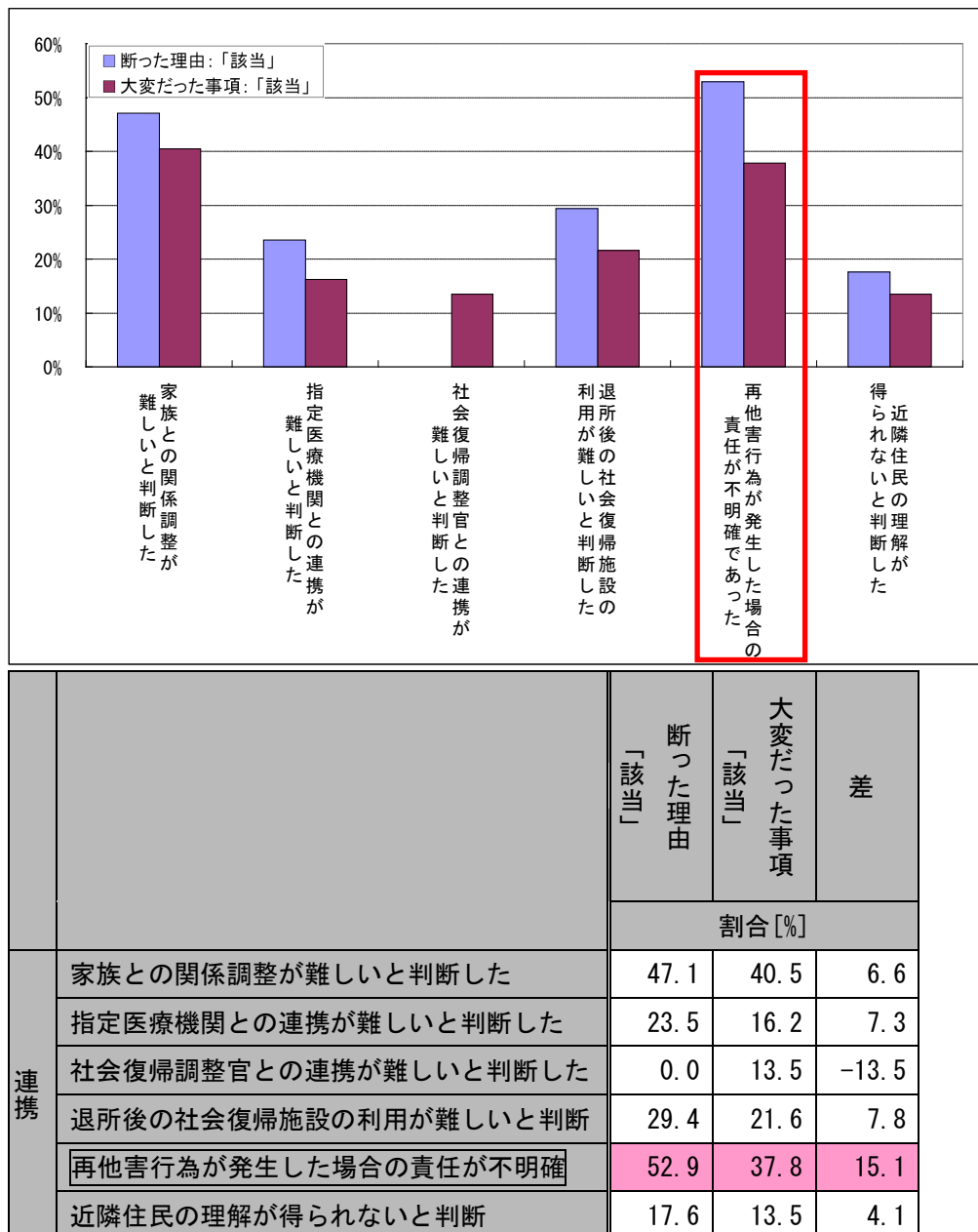
		断った理由 「該当」	大変だった事項 「該当」	差
		割合 [%]		
疾病・障害	治療の効果が上がらない人格的要因あり	52.9	27.0	25.9
	身体障害を有していた	0.0	13.5	-13.5
	知的障害を有していた	17.6	35.1	-17.5
	精神の重複障害(発達障害・物質障害)あり	35.3	24.3	11.0
	重い精神症状が続いていた	17.6	27.0	-9.4
	共同生活が困難と判断した	52.9	24.3	28.6
	対人関係に問題があった	52.9	48.6	4.3
	対象行為への内省が不十分であった	52.9	40.5	12.4
	治療の必要性和対象行為の関係が理解不足	41.2	40.5	0.7
	対象行為が殺人、殺人未遂であった	23.5	35.1	-11.6
	対象行為が性犯罪、放火であった	29.4	32.4	-3.0
	自殺の恐れがあった	0.0	16.2	-16.2
	現実検討が不十分であった	35.3	45.9	-10.6
	治療継続が困難であった	35.3	2.7	32.6
	生活能力(金銭、服薬、食事)が不十分であった	29.4	45.9	-16.5
	行方不明、無断外出の可能性があった	47.1	18.9	28.2

図表 1-3-25a 「受入れを断った理由」と「受入れ時に大変だった事項」の比較(疾病・障害に関する要因)

「連携」に関する「断った理由」として、該当するという施設の割合が50%を超えたのは、「再他害行為が発生した場合の責任が不明確であった」であった。中間的支援施設において、本要因が医療観察法対象者の受入れに関する大きな懸案事項であると言える。

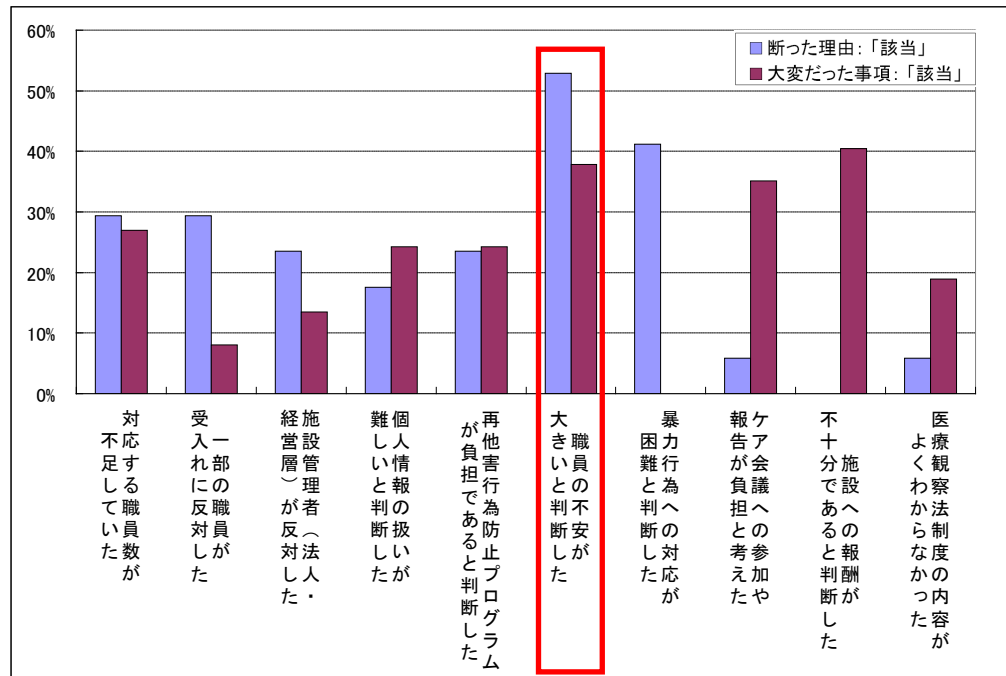
「実際に大変だった事項」との割合の差に着目すると、正の値(15.1ポイント)となった。この傾向は、6個ある設問のうち、5項目において確認された。

唯一、「社会復帰調整官との連携が難しいと判断した」の割合の差が負の数値(-13.5)となり、受入れを断る理由としては該当しないものの、実際の受入れにおいて大変であったとされている。これは非対象者に対する支援では発生しない、医療観察法対象者の支援における特別な業務であるためと考えられる。



図表 1-3-25b 「受入れを断った理由」と「受入れ時に大変だった事項」の比較(連携に関する要因)

「施設・施策」に関する「断った理由」として、該当するという施設の割合が50%を超えたのは、「職員の不安が大きいと判断した」であった。生活の場である宿泊を伴う支援において、本要因が医療観察法対象者の受入れに関する大きな懸案事項であると言える。



		断った理由 「該当」	大変だった事項 「該当」	差
		割合 [%]		
施設・施策	対応する職員数が不足していた	29.4	27.0	2.4
	一部の職員が受入れに反対した	29.4	8.1	21.3
	施設管理者（法人・経営層）が反対した	23.5	13.5	10.0
	個人情報の扱いが難しいと判断した	17.6	24.3	-6.7
	再被害行為防止プログラムが負担であると判断した	23.5	24.3	-0.8
	職員の不安が大きいと判断した	52.9	37.8	15.1
	暴力行為への対応が困難と判断した	41.2	0.0	41.2
	ケア会議への参加や報告が負担と考えた	5.9	35.1	-29.2
	施設への報酬が不十分であると判断した	0.0	40.5	-40.5
	医療観察法制度の内容及くわからなかった	5.9	18.9	-13.0

図表 1-3-25c 「受入れを断った理由」と「受入れ時に大変だった事項」の比較（施設・施策の要因）

「実際には大変だった事項」との割合の差に着目すると、正の値(15.1ポイント)となった。この傾向は10個ある設問のうち、5項目において確認された。特に「暴力行為への対応が困難と判断した」(41.2ポイント)、「一部の職員が受入れに反対した」(23.3ポイント)について傾向が顕著であった。

一方、「施設への報酬が不十分であると判断した」の割合の差は負の数値(-40.5)となった。本設問を断った理由として挙げる施設はなく、受け入れて初めてわかる大変さであると言える。

受入実績のある37施設のうち8施設が地域生活移行個別支援特別加算の対象である障害者自立支援法の体系に移行済みであるが、移行済の5施設においても、大変だった事項として該当(該当する；4施設、どちらかという該当する；1施設)するとしている。ただし、移行していても、「有資格者の加配」等の加算要件があるため、これらの施設が加算を受けられているかは不明であるが、加算制度自体は、4施設において理解されていた。

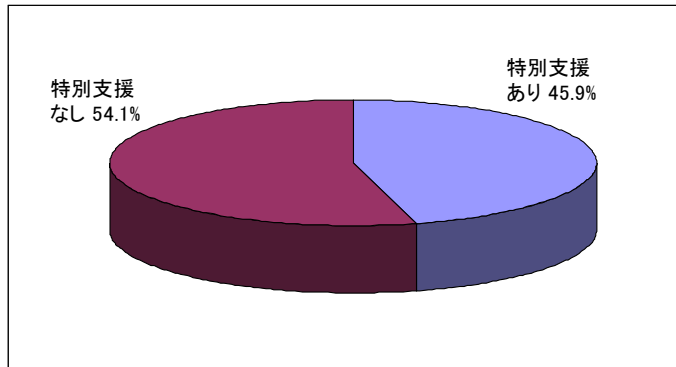
ちなみに、図表1-3-16a(医療観察法対象者の受入れ時における障害福祉サービス報酬の加算の周知状況)では、全体の52.2%(94施設)の施設が本加算について理解しているという結果が得られていた。

(エ) 特別な支援の実施

医療観察法対象者の受入実績のある 37 施設のうち、医療観察法対象者に対して他の利用者とは異なる特別な支援を実施した施設は 17 施設 (45.9%) であった。

具体的支援内容について、記述回答の記載内容を以下のように分類した。

カンファレンス会議や、社会復帰調整官等との頻繁な連絡調整、面談の頻度向上、定期的な居室訪問がなされている。



	度数	割合 [%]
特別支援あり	17	45.9
特別支援なし	20	54.1
合計	37	100.0

「割合」の分母は、医療観察法対象者の受入実績を有する施設数 37 である

図表 1-3-26a 医療観察法対象者に対する特別な支援の有無

(具体的内容)

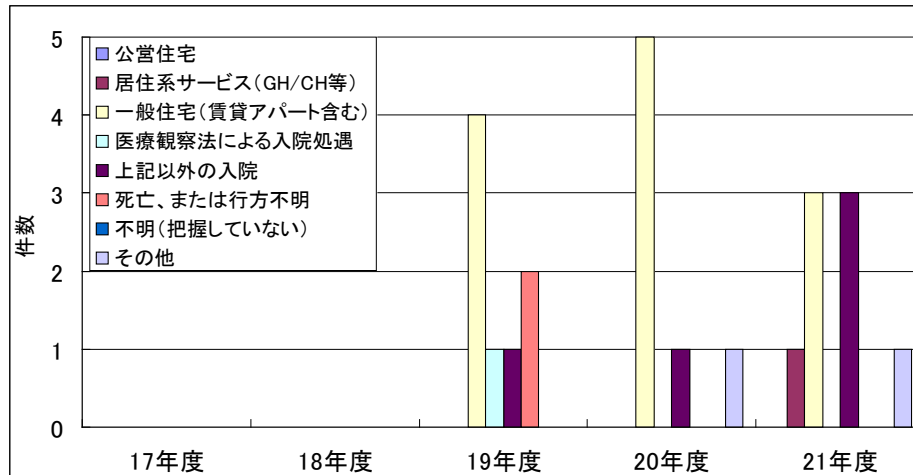
分類	度数
カンファレンス会議、社会復帰調整官等との頻繁な連絡調整	5
面談の頻度向上、定期的な居室訪問	2
通院通所の同行	2
個別プログラムの充実	2
外出に関する細かなルールづくり	2
指定入院医療機関作成の「クライシスプラン」による問題解決	1
医療機関作成の書類(対応マニュアル)	1
同性スタッフ対応	1
本人記載の日誌の確認(宿直)	1

図表 1-3-26b 医療観察法対象者に対する特別な支援の有無(具体的内容)

カ 医療観察法対象者の退所状況

医療観察法対象者の年度別の退所先と人数を記載した。

先述のとおり、これまで、37施設で計63件の受入れがあった。そのうち23名が退所している。退所先を見ると、賃貸アパートを含む一般住宅が最も多く、12名の対象者が退所している。次いで多いのが医療観察法による入院処遇以外の入院（5名）である。



年度	17	18	19	20	21	合計	17	18	19	20	21	合計
退所先	度数						割合[%]					
公営住宅	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
居住系サービス (GH/CH等)	0	0	0	0	1	1	0.0	0.0	0.0	0.0	4.3	4.3
一般住宅 (賃貸アパート含む)	0	0	4	5	3	12	0.0	0.0	17.4	21.7	13.0	52.1
医療観察法による 入院処遇	0	0	1	0	0	1	0.0	0.0	4.3	0.0	0.0	4.3
上記以外の入院	0	0	1	1	3	5	0.0	0.0	4.3	4.3	13.0	21.7
死亡、 または行方不明	0	0	2	0	0	2	0.0	0.0	8.7	0.0	0.0	8.7
不明 (把握していない)	0	0	0	0	0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
その他	0	0	0	1	1	2	0.0	0.0	0.0	4.3	4.3	8.7
合計	0	0	8	7	8	23	0.0	0.0	34.8	30.4	34.8	100.0

「割合」の分母は、17年度から21年度までの退所人数23である

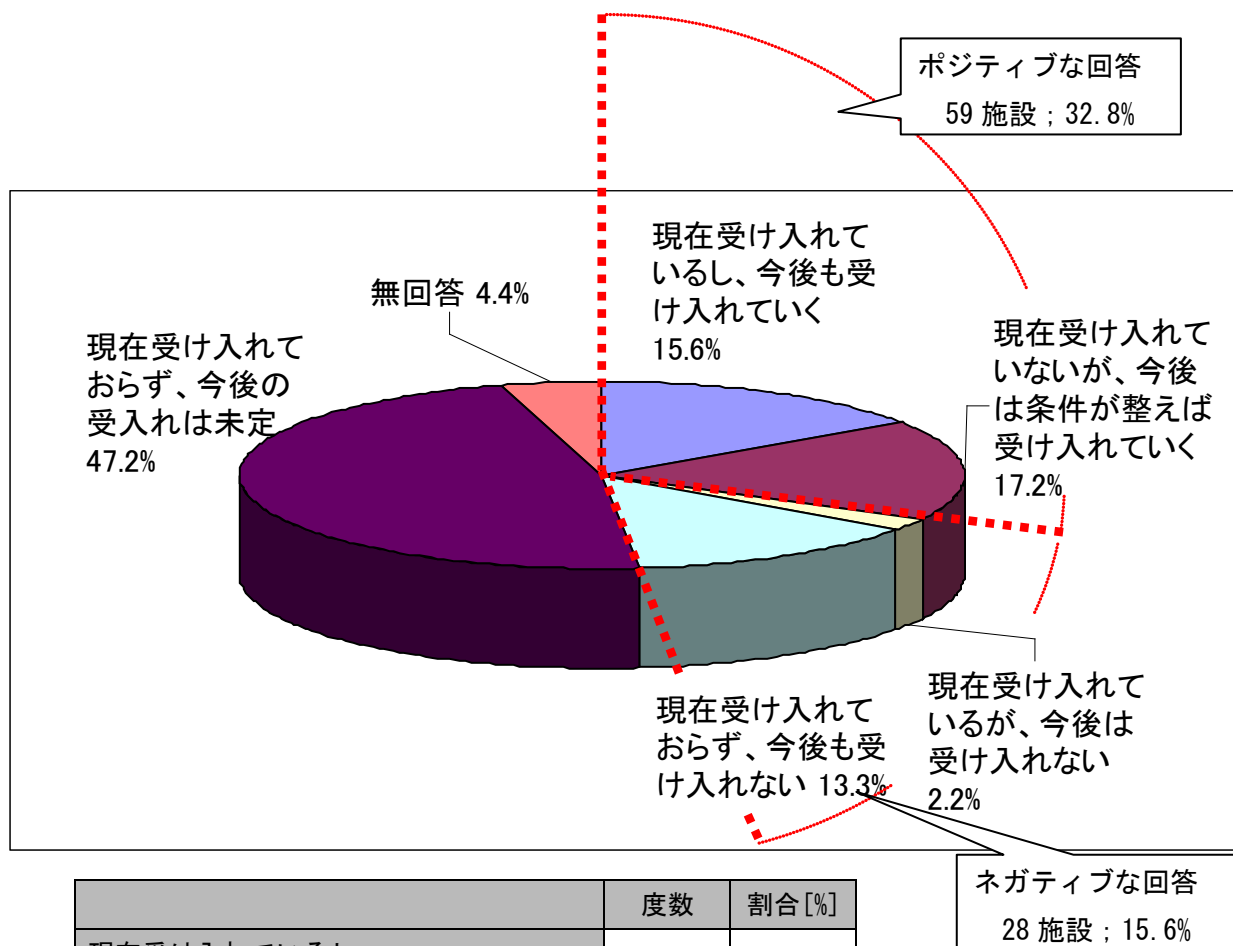
図表 1-3-27 医療観察法対象者の退所状況

キ 今後の受入れに関して

医療観察法対象者の今後の受入予定については、以下の回答が得られた。

「現在受入れておらず、今後の受入れは未定(85 施設；47.2%)」が最大となった。

今後の方針に着目して比較すると、受け入れる予定とするポジティブな回答が 59 施設 (32.8%)、受け入れないとするネガティブな回答が 28 施設 (15.6%) となった。



	度数	割合 [%]
現在受け入れているし、 今後も受け入れていく方針	28	15.6
現在受け入れているが、 今後は条件が整えば受け入れていく方針	31	17.2
現在受け入れているが、 今後は受け入れない方針	4	2.2
現在受け入れておらず、 今後も受け入れない方針	24	13.3
現在受け入れておらず、 今後の受入れは未定	85	47.2
無回答	8	4.4
合計	180	100.0

図表 1-3-28 医療観察法対象者の今後の受入方針

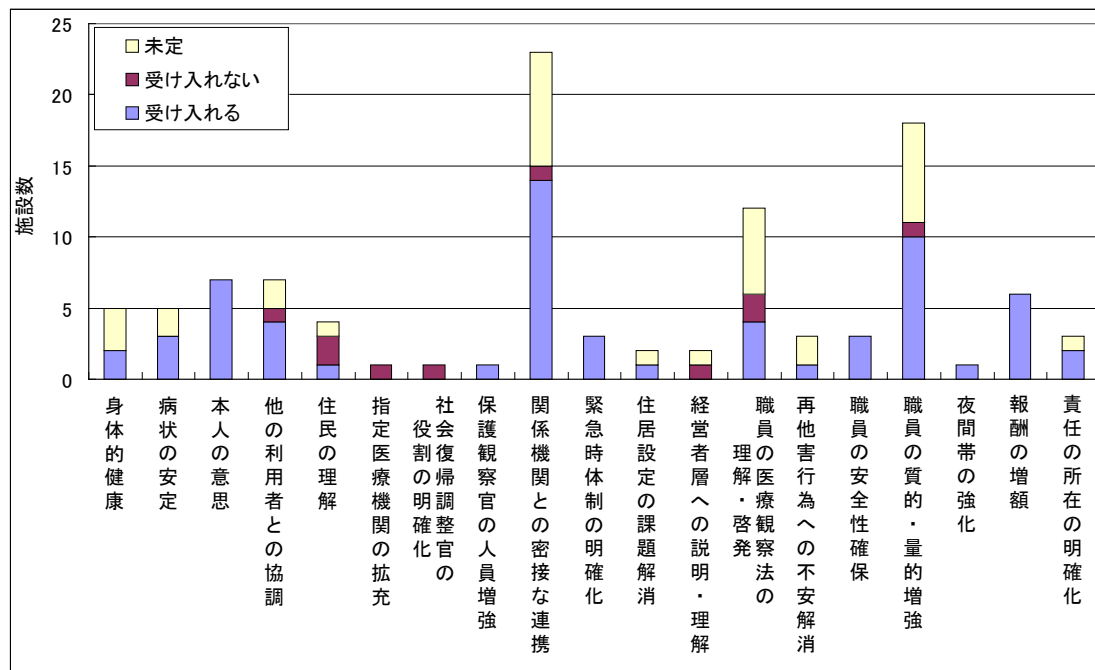
また、受入れの条件として、記載された内容を分類し、今後の医療観察法対象者の受入れ方針「受け入れる」「受け入れない」「未定」毎に集計を行った。

「受け入れる」とした施設は、条件として「関係機関との密接な連携」「職員の質的・量的増強」「本人の意思」が重要であると記載している。ここでの本人の意思とは、「地域生活に移行するにあたり、本人が自身の生活スキルにおける課題を理解し、その解決のために中間的支援施設での訓練が必要であると認識していること」を示している。また、「受け入れない」「未定」としている施設と異なり、「報酬の増額」を望む声があった。具体的には、経済的な支援として、体験から入所までの期間が長期のため、部屋を確保しておくための財政的援助や経験のある職員を充てることを補償するための加算制度等が挙げられていた。

「受け入れない」とした施設は、条件として「住民の理解」「職員の医療観察法の理解・啓発」が重要であると記載している。「職員の医療観察法の理解・啓発」の記載内容は医療観察法に関する研修等教育の機会、情報提供を望む意見で構成されていた。特に、対象者や具体的な支援の流れについてのイメージが湧かないので、モデルケースを使用した説明が望ましいとのことであった。

「未定」とした施設は、条件として「関係機関との密接な連携」「職員の質的・量的増強」「職員の医療観察法の理解・啓発」が重要であると記載している。

なお、件数は少ないものの、医療観察法対象者を受け入れ、もし問題が発生した場合、施設が地域でこれまで培ってきた信頼関係を脅かすことになるため、問題発生時の責任の所在や、施設への保障を求める施設もあった。また、緊急時に迅速に関係機関との連絡がとれること、そのような仕組みの構築や専門機関の設置を望む意見もあった。



図表 1-3-29a 医療観察法対象者の受入れのための条件

		受け入れる	受け入れない	未定
疾病・障害	身体的健康	2	0	3
	病状の安定	3	0	2
	本人の意思	7	0	0
	他の利用者との協調	4	1	2
連携	住民の理解	1	2	1
	指定医療機関の拡充	0	1	0
	社会復帰調整官の役割の明確化	0	1	0
	保護観察官の人員増強	1	0	0
	関係機関との密接な連携	14	1	8
	緊急時体制の明確化	3	0	0
	住居設定難	1	0	1
施設・施策	経営者層への説明・理解	0	1	1
	職員の医療観察法の理解・啓発	4	2	6
	再被害行為への不安解消	1	0	2
	職員の安全性確保	3	0	0
	職員の質的・量的増強	10	1	7
	夜間帯の強化	1	0	0
	報酬の増額	6	0	0
	責任の所在の明確化	2	0	1

図表 1-3-29b 医療観察法対象者の受入れのための条件(集計表)

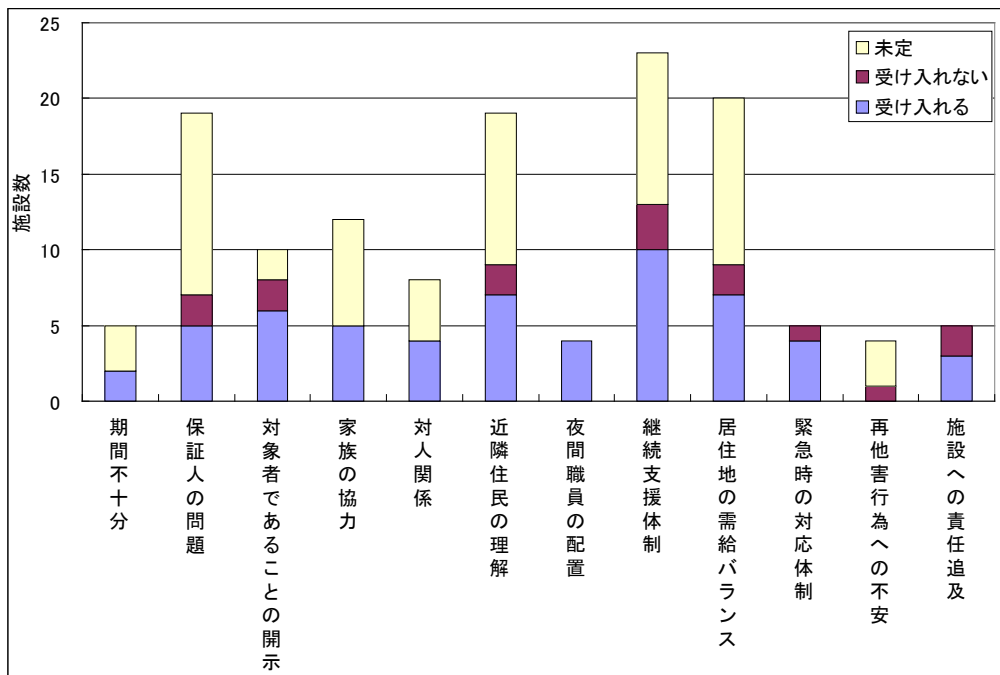
ク 住居等へ移行する際に生じると予想される(あるいは生じた)課題や困難 (記述式回答)

医療観察法対象者が住居等へ移行する際に生じると予想される、あるいは生じた課題や困難について、記述式回答に記載された内容を分類し、今後の医療観察法対象者の受入れ方針「受け入れる」「受け入れない」「未定」毎に集計を行った。

「受け入れる」とした施設は、条件として「継続支援体制」に関するものが最大となった。ここで継続支援とは、処遇終了後の継続支援について誰を主としてどのような体制で行うのかというアフターフォローに対する懸念を示している。次いで、「近隣住民の理解」「居住サービスの需給バランス」となっている。「居住サービスの需給バランス」は、欲しい地域に手頃な値段で必要なサービスを提供可能な居住施設が絶対的に少ないという問題点について異口同音に記載されていた。

「受け入れない」とした施設が記載した条件も「継続支援体制」が最大となった。

「未定」とした施設が記載した条件は「保証人の問題」「居住サービスの需給バランス」「近隣住民の理解」等であった。他の利用者の場合でも、保証人を探すのが大変であり、地域生活移行を実現する上での大きな障壁となっているが、医療観察法対象者ということで、さらにその障壁が高くなるのではないかと懸念している。



図表 1-3-30a 住居等へ移行する際に生じると予想される(あるいは生じた)課題や困難

	受け入れる	受け入れない	未定
期間不十分	2	0	3
保証人の問題	5	2	12
対象者であることの開示	6	2	2
家族の協力	5	0	7
対人関係	4	0	4
近隣住民の理解	7	2	10
夜間職員の配置	4	0	0
継続支援体制	10	3	10
居住地の需給バランス	7	2	11
緊急時の対応体制	4	1	0
再被害行為への不安	0	1	3
施設への責任追及	3	2	0

図表 1-3-30b 住居等へ移行する際に生じると予想される(あるいは生じた)課題や困難(集計表)

第 4 章 インタビュー調査

第 1 節 調査方法

医療観察法対象者への支援内容を時系列で整理するとともに、生活訓練施設が支援への関係諸機関との連携の仕方を明らかにすることを目的として、以下の通り、インタビュー調査を行った。インタビュー調査には調査 A と調査 B の 2 種類があった。

第 1 項 個別ケース調査

(1) インタビュー対象者

医療観察法対象者が利用している、または利用していた生活訓練施設の職員（5 施設、計 12 名）を対象とした。

入院処遇を経て、生活訓練施設を利用した、または利用している医療観察法対象者に対して、インタビュー調査、及び会議議事録の閲覧に対する同意を取った。同意が取れた対象者の担当者であった生活訓練施設の職員に対し、インタビュー調査を行った。

(2) インタビュー方法

同時に 1 名または 2 名を対象に行った。

(3) インタビュー内容

医療観察法対象者の個別ケースに着目し、それぞれの事例で支援がどのように行われたのかを明らかにすることを目的とした。医療観察法対象者への関わり始めから支援終了までを時系列で調査した。

第 2 項 地域の標準支援モデル調査

(1) インタビュー対象者

医療観察法対象者との関わりのあるステイクホルダー（計 4 自治体、20 名）

内訳は、社会復帰調整官 6 名、自治体の職員 3 名、指定入院医療機関の職員 2 名、指定通院医療機関の職員 5 名、地域社会資源の職員 4 名であった。この調査では、特定の対象者に焦点を当ててではなく、その地域での支援の標準的な動き方について、インタビューを行った。

	個別ケース 調査	地域の標準支援モデル調査							地域 計
	生活訓練 施設	社会復帰 調整官	自治体	指定入院 医療機関	指定通院 医療機関	デイケア	相談支援	訪問看護	
A	1	1	1	0	1	1	0	0	5
B	2	1	2	0	0	0	0	0	5
C	5	2	0	2	4	0	0	0	13
D	4	2	0	0	0	0	2	1	9
職種計	12	6	3	2	5	1	2	1	32

図表 1-4-1 インタビュー調査の対象者

(2) インタビュー方法

同時に 1 名から 3 名を対象に行った。

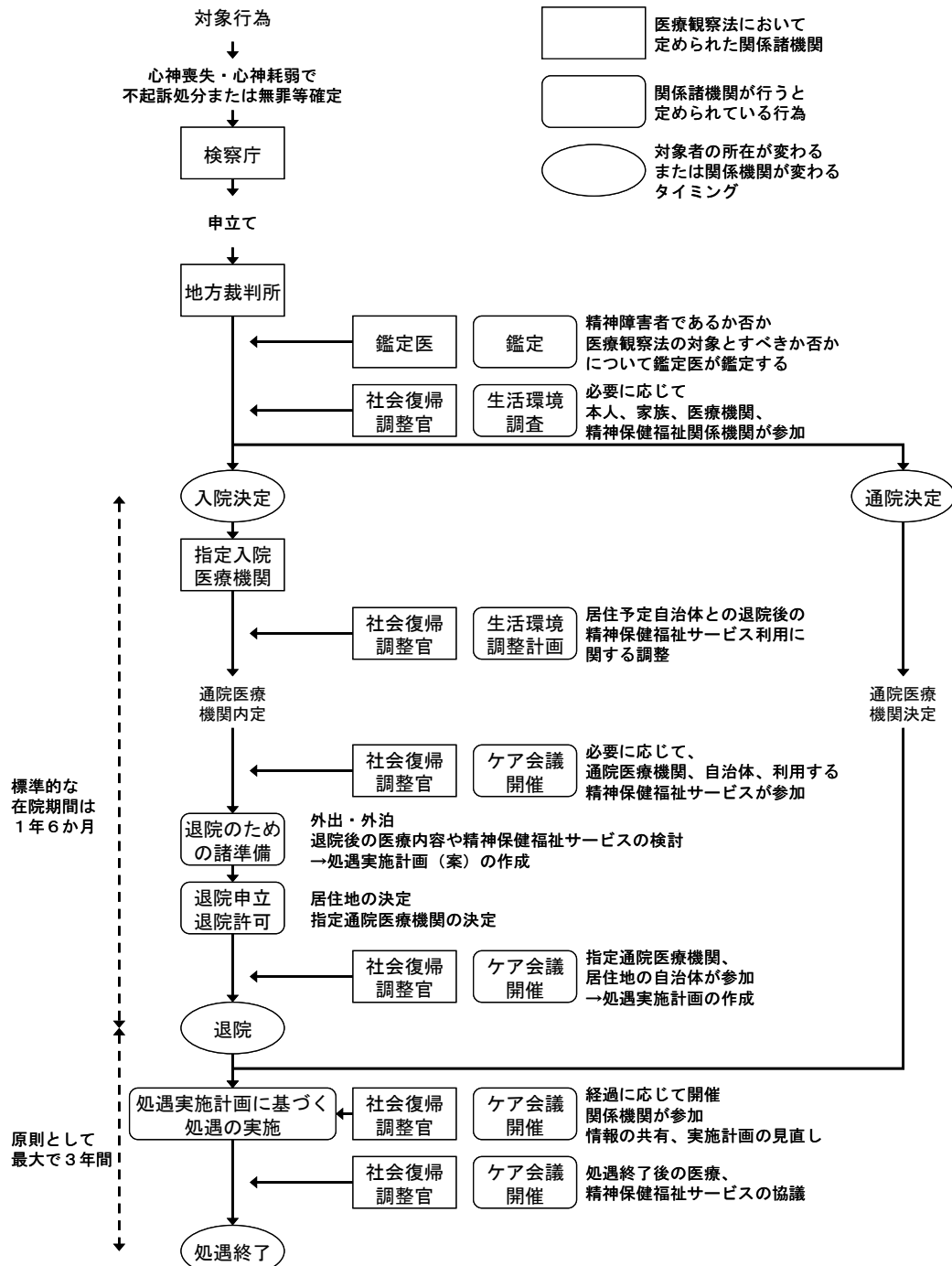
(3) インタビュー内容

特定の医療観察法対象者への支援の動きではなく、その地域（自治体）での医療観察法対象者支援の標準的な動きについて調査することを目的とした。医療観察法対象者への関わり始めから支援終了までを時系列で、また、その地域（自治体）に特有の特徴について調査を行った。

第2節 調査結果

第1項 法律に定められた標準的な支援の流れ

医療観察法、及びその施行規則、ガイドラインに定められた標準的な支援の流れを図表 1-4-2 に示す。



(1) 対象行為から入院決定⁴まで

まず、対象行為に関して、心身喪失、心神耗弱等で不起訴処分となる、または起訴の後、心身喪失、心神耗弱等で無罪等が確定する。その後、対象者に関して検察庁より申し立てがあり、鑑定医が鑑定を行い、社会復帰調整官が生活環境調査を行う。ここで必要に応じて精神保健センターや保健所、福祉事務所といった関係機関に調査協力が依頼される。裁判所によって入院決定がなされると、指定入院医療機関が選定され、入院となる。

なお、入院以外の裁判所の決定の種類としては「通院」「不処遇」「却下」がある。ここでは、生活訓練施設の支援と関連が深い入院決定後の支援について取り上げる。

(2) 入院から退院まで

入院後は、病棟内で行われるケア会議（CPA 会議と呼称している）に基づいて、社会復帰調整官が生活環境調整計画を作成する。この計画には、対象者本人から退院後の生活についての希望を聴いた上で、「a. 退院後の住居」、「b. 退院後の生計の確保」、「c. 保護者その他家族との関係」、「d. 退院後に必要となる医療の内容」、「e. 退院後に必要となる援助の内容」、「f. その他調整すべき事項」が記載される。

この社会復帰期には、CPA 会議とは別に、社会復帰調整官主導のもと、地域でのケア会議が行われる。指定通院医療機関の職員に加え、自治体の職員、精神保健福祉サービスの関係者が出席する。この会議は生活環境の調整と処遇実施計画（案）の作成を目的とする。

また、退院に向けて、外出や外泊、地域でのケア会議が実施される中で、退院後に必要となる医療内容や精神保健福祉サービスが具体化していく。これに基づいて処遇実施計画（案）が作成されて、退院許可申し立てとなる。裁判所より退院許可決定がなされると、居住地、及び指定通院医療機関が決定し、退院となる。

(3) 退院から処遇終了まで

退院後は作成された処遇実施計画に基づき、社会復帰調整官が関係機関の連携を確保しながら、地域での処遇が行われる。経過に応じて関係機関が集まったケア会議が行われ、そこで情報の共有が図られるとともに、処遇実施計画の修正が行われる。

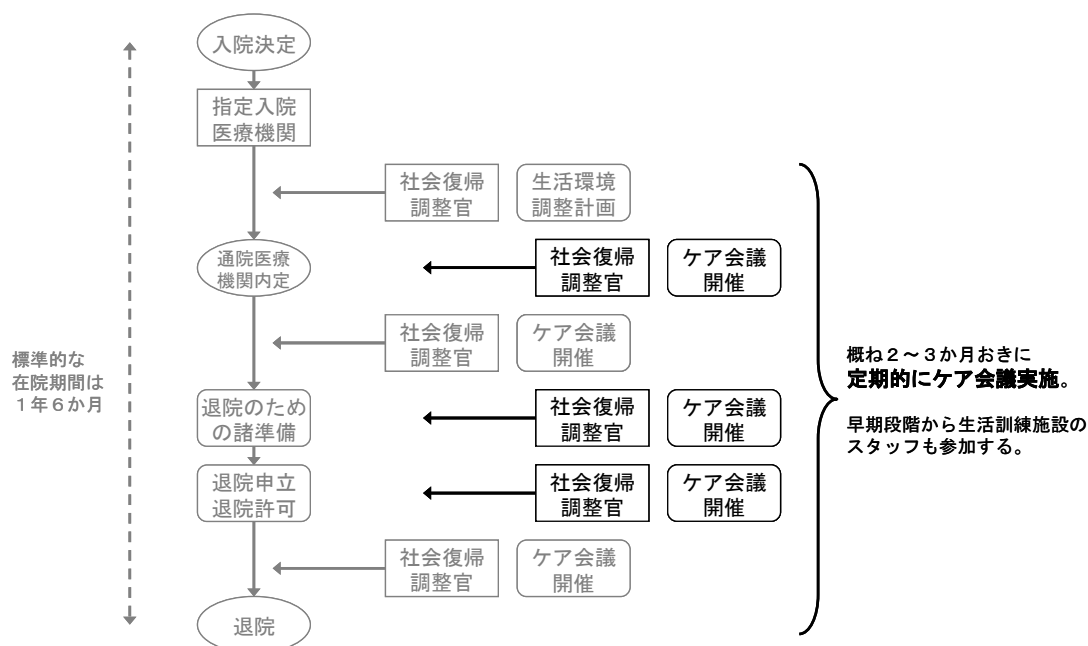
3 年の処遇期間が満了する、あるいはそれ以前の段階で社会復帰調整官からの処遇終了申し立てが行われる。裁判所の審判の結果、処遇終了決定がなされると、医療観察法による処遇は終了となり、一般の精神科医療、精神保健福祉支援となる。

⁴ ここで通院決定がなされた場合には、入院を経ずに通院医療機関への通院及び地域での処遇が行われる。

第2項 実際の支援の流れ

以上の大まかな流れの中で注目すべきは関わりを持つ関係機関とケア会議の実施頻度である。法律（あるいは施行規則）上、社会復帰調整官を除くと必ず関わりを持つ関係者は、指定通院医療機関の職員と居住地の自治体の職員のみであるという点と、必ず開催されるケア会議が入院中に2回、退院後1回の3回のみという点、そして、入院処遇を終えて退院した後（ないしは通院処遇時）の地域での処遇については明確な規定がないという点である。

（1）入院中のケア会議（CPA 会議）



図表 1-4-3 入院中のケア会議の流れ

■ 実際のケア会議（CPA 会議）の頻度

医療観察法、及び施行規則、ガイドライン等では図に示した通り、入院中には最低で2回のケア会議が行われることになっている。しかしながら、ヒアリングの結果からは、入院中から2か月や3か月に一度という頻度でケア会議が行われているとのことであった。

入院期間は、ガイドラインでは急性期 12 週、回復期 36 週、社会復帰期 24 週の合計 1 年 6 か月を標準としている。これらの治療時期の移行は CPA 会議において検討・決定される。

急性期は病棟に慣れること、治療プログラム参加の準備が目的である。回復期は、外出訓練と内省の時期である。社会復帰期は、外泊訓練、地域資源との顔合わせやネットワークの構築、病状悪化の際の対応を明示したクライシスプランを作成し、計画に沿った行動を訓練する時期である⁵。

ある地域では、1 年半の入院期間中に 5 ～ 6 回の CPA 会議が行われ、退院が近づくにつれて、更に地域でのケア会議が行われる。また、ある地域では、2 か月に一度定期的に CPA 会議を行っている。いずれの場合も、入院後 1 か月以内に最初の CPA 会議が行われる。

⁵ 精神障害者危害行為（犯罪行為）の予防対策—心神喪失者等医療観察制度による処遇—（鶴見隆彦、財団法人 社会安全研究財団「精神障害者による危害行為の対策 第1回日中犯罪学学術シンポジウム報告書」）より。

■ ケア会議（CPA 会議）の参加者・生活訓練施設の関わり方

ケア会議（CPA 会議）は、当初は社会復帰調整官と指定入院医療機関の多職種チームが参加して行われる。その後、帰来先の地域が具体化され、地域の行政の職員、地域資源の利用が検討されると地域資源の職員が参加するようになることが多い。

その中で、生活訓練施設の職員もかなり早期の段階から参加していることが見えてきた。医療観察法対象者ではない場合は、入院初期のケア会議に生活訓練施設の職員が参加することは極めて稀である。例えば、ある生活訓練施設では、通常は利用者に特定の担当者がつくのは正式利用開始後であるが、入院段階から関わりが密になっているため、情報共有の利便性やシフト作成上の都合から、医療観察法対象者の場合、当初関わりははじめの段階（すなわち、入院中でまだ体験利用にも至っていない段階）から、特定の職員を担当者として配置し、ケア会議等に対応している。また、ある生活訓練施設では、帰来先がその地域となる医療観察法対象者に面会するために、遠方の指定入院医療機関まで複数回出向いている。一方で、ある地域では、遠方の場合は生活訓練施設の職員や行政のスタッフが出向くことはなく、社会復帰調整官が単身で出張し、指定入院医療機関のスタッフとケア会議を行うとのことであった。

地域	指定入院医療機関の所在地	ケア会議の出席者
		（ただし指定入院医療機関の職員を除く）
A	近県	本人、（家族）、社会復帰調整官、行政の職員、生活訓練施設の職員
B	遠方	本人、 家族 、社会復帰調整官、行政の職員、生活訓練施設の職員
C	近県	本人、（家族）、社会復帰調整官、関係機関の職員
	遠方	本人、（家族）、社会復帰調整官、行政の職員
D	近県	本人、（家族）、社会復帰調整官、関係機関の職員
	遠方	本人、（家族）、社会復帰調整官のみ

図表 1-4-4 インタビュー対象先地域別のケア会議の出席者状況

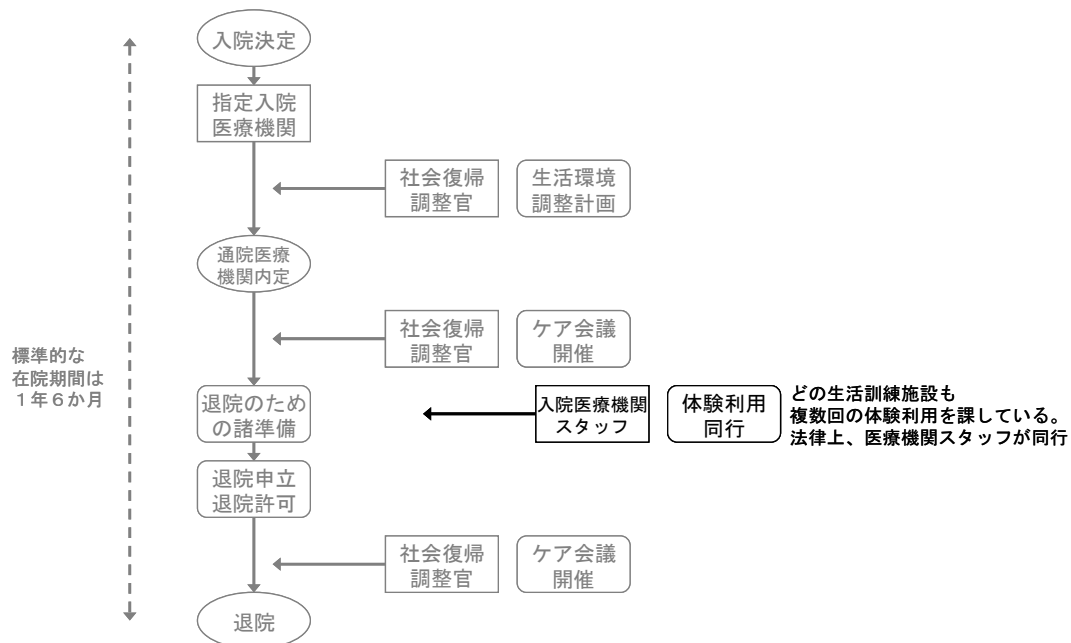
以上のような状況から、遠方の指定入院医療機関へ生活訓練施設の職員が出向くこともあり、頻繁なケア会議への参加も含めて、生活訓練施設職員の負担となっているという声もあった。

■ ケア会議（CPA 会議）の内容

入院処遇の場合、はじめは、対象者本人の希望や家族の希望、入院中に得られた知見の共有を行い、地域移行の方向性を探る。ケア会議を開催する度に、具体的な生活課題や環境の問題が生じてくるため、社会復帰調整官が関係者間の調整を図る。また、できるだけ本人や家族の希望に沿うように、そして実現可能性が高い方向性を検討し、具体化していく。その中で会議への参加者も増え、より具体的な支援を検討する。

関係機関同士で生活課題とその改善のための方向性が共有され、それぞれが退院に向けてゴーサインを出すと、退院申立てを行うこととなる。

(2) 体験利用



図表 1-4-5 体験利用のタイミング

今回調査対象となった生活訓練施設では、退院後の正式利用に先立って、入院中に体験利用を行っている。これは医療観察法の対象者でも例外ではなく、入院期間から見れば試験外泊という位置づけで体験利用がなされている。体験利用は、生活訓練施設に慣れてもらい、また、生活課題を明らかにすることで、正式利用時の適切な支援につなげるために行うものである。

しかしながら、生活訓練施設における体験利用の位置づけに関して、医療観察法の法律上の趣旨から通常の方法とは違う方法で行っているケースが見えてきた。

■ 体験利用中の指定入院医療機関スタッフの同行

医療観察法第百条に、「当該指定入院医療機関に入院している者を、当該指定入院医療機関に勤務する『医師又は看護師による付添いその他の方法』による医学的管理の下に、当該指定入院医療機関の敷地外に外出させることができる。」と規定されているため、体験利用の際に、指定入院医療機関の職員が生活訓練施設に同行することとなる。その結果、指定入院医療機関の職員の負担が増えるとともに、本来、体験利用時にチェックすべきこと（地域生活に向けて、一人で何がどの程度できるのか、またできないのか）が見えにくくなってしまうということも指摘されている。社会復帰調整官の中には「体験利用に指定入院医療機関の職員が同行すると、正しく生活課題が見えてこないのではないか」と指摘する者もいた。

■ 体験利用の設定頻度と手順

また、指定入院医療機関の職員の業務上の都合により、体験利用の期間や回数を、通常時とは変更して対応しているケースもある。例えば、ある生活訓練施設では、通常は最終的に連続して 1 週間程度の体験利用を行い、長期間の利用における様子を見ているが、医療観察法対象者の場合には、2 泊 3 日を 4 回程度行う、というような対応である。

地域	通常時	医療観察法対象者
A	通算で 2 週間	5 泊 6 日 × 1 回
B	平均 6 か月程度時間をかけて複数回行う 最終的には長期宿泊（1 週間程度）	2 泊 3 日 × 4 回
C	2 泊 3 日 × 複数回	2 泊 3 日 × 複数回
D	通算で 14 泊	10 泊で判断する

図表 1-4-6 体験利用の頻度・日数(通常時と医療観察法対象者の比較)

このように、体験利用に関しては生活訓練施設で頻度や回数を変更して対応している。また、体験利用とは別に見学や顔合わせ等の場が用意されるケースがほとんどであった。

一方で、社会復帰調整官等の関係者からは、「2 回程度の体験利用で十分なのではないか」「打診から受入れまで 6 か月程度待たされる、面接や体験利用にも度々呼ばれる」「一度の体験利用で本人は大丈夫だと感じているが、複数回の体験利用を求められる」等、複数回の体験利用や面接を経ないと利用できないという現状に対し、もっとスムーズに利用できるようにしてほしいとの声もあった。

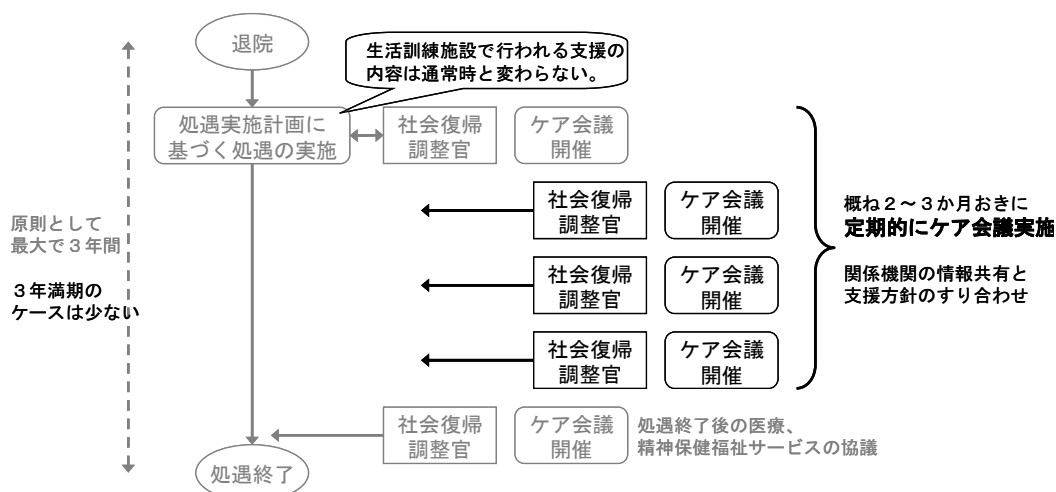
■ 体験利用中の医療観察法対象者の動き

体験利用中は、生活訓練施設内での動き方については、医療観察法対象者と通常の利用者で変わるところは殆んどない。しかしながら、指定入院医療機関からの要請で、初回の体験利用時には外出をさせないといった対応を取っていたケースもあった。逆に、遠方の指定入院医療機関からの体験利用の場合、体験利用中の期間を利用して、想定される指定通院医療機関との顔合わせや、通院経路の確認等を行う等、生活訓練施設外で行うべきことが多く、あまり施設内で過ごすということがなかったケースもあった。

地域	体験利用中の医療観察法対象者の動き
A	想定される指定通院医療機関への通院訓練 指定入院医療機関職員の同行（最初からホテル待機）
B	想定される指定通院医療機関への通院訓練 指定入院医療機関職員の同行（途中からホテル待機）
C	想定される指定通院医療機関への通院訓練 指定入院医療機関職員の同行（最初からホテル待機）
D	想定される指定通院医療機関への通院訓練 指定入院医療機関職員の同行（途中からホテル待機） CPA 会議の開催

図表 1-4-7 体験利用中の医療観察法対象者の動き

(3) 退院後の動き方



図表 1-4-8 退院後の動き方

医療観察法、及び施行規則、ガイドラインでは、入院から退院までは比較的細かく規定されているが、退院後の地域での処遇に関しては、a. 処遇実施計画の立案、及びケア会議を実施しての計画の見直し、b. 指定通院医療機関への通院、c. 処遇終了に向けてのケア会議の開催、といった大枠のみが規定されているに留まっている。対象者によって必要とされる支援が異なるため、一意に規定しにくい側面はあると思われるが、その結果として、社会復帰調整官の判断に任される部分が大きくなっていると言える。

■ 退院後のケア会議の実施内容と頻度

実際には、主に指定通院医療機関において、定期的にケア会議が開催されている。そこに対象者本人、家族、社会復帰調整官、指定通院医療機関職員、居住地自治体職員、生活訓練施設職員等が集まり、各関係者から見た現状、本人の希望、家族の希望等が共有され、処遇実施計画の見直し等が図られている。ケア会議の頻度も一定ではなく、例えば、ある地域では退院直後には月に1回程度のペースで行われ、次第に頻度が減少して、処遇終了直前頃になると3～4か月に1回程度のペースで開催されるとのことであった。他の地域においても、退院直後には支援方針のすり合わせ等の綿密な連携が必要だが、徐々にそれぞれの関係機関で行うべき支援が明確になり、例えば生活訓練施設を退所する、デイケアや通所の頻度を増やすといった、環境が変化するタイミングでのみケア会議を開催すれば十分となる、という声も聞かれた。

■ 入院から地域へと生活環境が変化することへの負荷

指定入院医療機関の数が全国でも少なく、居住地から遠く離れた指定入院医療機関に入院せざるを得ない一方、指定通院医療機関は居住地として設定された地域で可能な限り近隣で設定されるため、指定入院医療機関の退院と同時に物理的な環境が大きく変わることが少なくない。それに加えて、更に生活訓練施設の利用ということになると、対象者本人にとって、急激な環境の変化が負担となるのではないかという懸念も複数の関係者から聞かれた。

また、指定入院医療機関と指定通院医療機関で主治医が変わってしまうことによって、治療方針や処方箋が変わってしまうこともあり、ケースによっては病名の見立ても変わってくるということもあった。こういった医療の変更が、生活訓練施設側に迅速に伝わらず、支援が滞るというケースもあった。

中には、生活訓練施設への転居、更に生活訓練施設退所後の転居というように、頻繁な環境の変化が対象者にとってストレスとなると判断した場合には、生活訓練施設を利用すべき生活課題があっても、あえて生活訓練施設を利用せず、直接アパート設定をするケースもあった。

一方、急激な環境の変化を少しでも軽減するため、指定入院医療機関から一時的に指定通院医療機関に転院し、まずは指定通院医療機関の環境や付設するデイケアでの環境に慣れ、その後、生活訓練施設の体験利用を行いながら生活訓練施設の環境に慣れ、徐々に環境を変えていくことで退院後の環境への順化を促すという方法を取っているケースもあった。⁶

対象者の処遇に伴い、支援の場は、鑑定入院医療機関から、指定入院医療機関、そして指定通院医療機関のある地域と移動するが、それらの地域は物理的に離れていることも多いため、支援の引継ぎも遠距離でのやりとりとなり、連携がうまくいかないケースもあるという。そのような場合は、支援者の負担も多く、結果として対象者の支援になんらかの支障を来すことも考えられる。

以上のように、生活環境の変化が、対象者に負荷を与えているという懸念が指摘された。

⁶ 厚生労働省令第百三十三号第二条第二項「厚生労働大臣は、当分の間、すべての指定入院医療機関において病床（病院の一部について法第十六条第一項の指定を受けている指定入院医療機関にあつては、その指定に係る病床）に余裕がなくなると見込まれる場合には、入院対象者であつて、当該入院対象者が入院している指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、当該者に対する医療の提供の経過及びその症状に照らし、早期に社会復帰することが可能な病状にあり、この項に規定する措置を実施した場合においてもその円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けるに当たって支障が生じないと認められるものに対し、特定医療施設又は特定病床で、入院による医療を行うことができる」に基づき、行っている。

■ 生活訓練施設での支援内容の違い

具体的な生活訓練施設の関わり方に関して、インタビューから見てきたのは、実際に生活訓練施設に入所してからの支援は、「通常2人部屋のところを1人部屋で対応する」「指定通院医療機関でのケア会議に参加する」といった運用上の差異は見られるものの、対象者本人に対して行う支援は、通常の支援とは変わらないということであった。寧ろ、措置入院⁷となっていた利用者や、病状が重い利用者等も受け入れてきている実績があり、法律で手厚い支援が保障されているため、通常の利用者より医療観察法対象者の方がスムーズに支援が行えたという声もあった。

一方、ケア会議への参加や入院段階からの密接な関わりが時間的な負担となっており、施設の方針として、複数同時期には受け入れられないとしている生活訓練施設も複数見られた。また、社会復帰調整官の中には明言こそしないものの「医療観察法対象者だから」ということで受け入れないという判断を下す施設も、特に民間では少なくないとのことであった。

地域	通常時	医療観察法対象者
A	－	支援そのものは変わらず
B	通常は2人部屋で対応	支援そのものは変わらず 1人部屋で対応
C	－	支援そのものは変わらず
D	集団プログラムへの参加	ケースによっては 個別に対応した支援

図表 1-4-9 生活訓練施設における支援（通常時と医療観察法対象者の支援の比較）

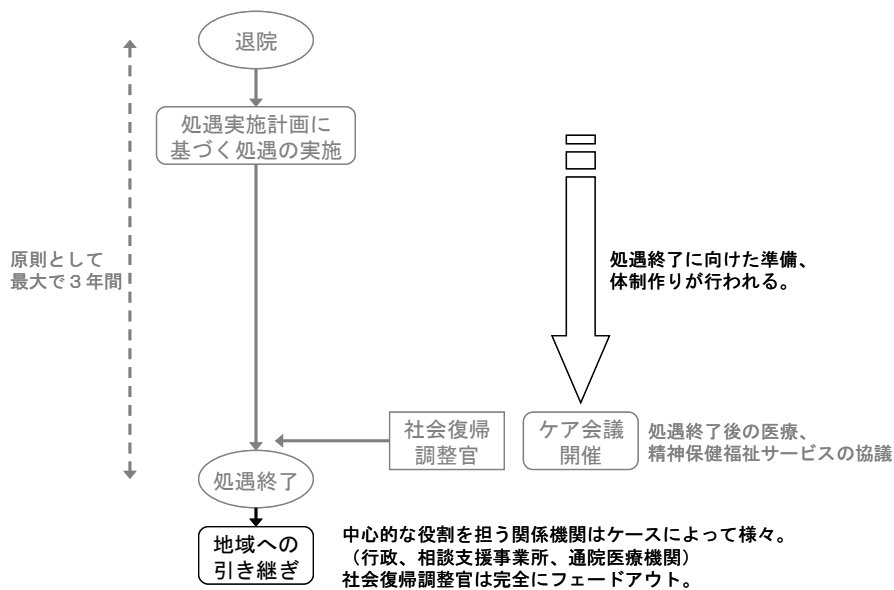
■ 生活訓練施設での退所先設定

アパート等の住居設定に関しては、多くの地域で生活訓練施設の職員が行っている。設定時にどの程度情報を開示するかはケースによるが、住居設定が通常の利用者より困難だったということとはなかった。一方で、ある地域では社会復帰調整官が住居設定を担うとのことであったが、その地域の生活訓練施設では通常、住居設定までを支援の一環として行っているため、かえって支援が分断されてしまうという意見もあった。

住居設定そのものは通常と変わらない動き方をしているが、再度対象行為があった場合に、その責任が生活訓練施設の職員に及ぶのではないかという危惧も聞かれた。

⁷ 措置入院とは、精神保健福祉法第29条に規定された制度で、「精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めたときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる」という制度。すなわち、自傷他害の恐れがある場合に、本人同意なしに入院させることができる。

(4) 処遇終了に向けた動き方



図表 1-4-10 処遇終了に向けた動き方

■ 処遇終了に向けた具体的な動き

処遇終了に向けては、ケア会議を開催し、その後の動き方を協議することが定められている。しかしながら、ケア会議を開催すれば引き継ぎができるというものでもなく、また、処遇終了後にどこが中心的な役割を担うのかについては規定されていない。ある地域では、処遇終了に向けて6か月ほど前から相談支援事業所の職員が新たに加わったり、社会復帰調整官が抜けた後の役割分担を行政の職員を中心に検討したりといった事前準備を行っている。

一方、「実際に支援を行うのは社会復帰調整官ではなく、また、処遇終了後に必ずしも現状の支援体制を維持する必要はない」との考えから、基本的に支援の方向性や必要な社会資源については社会復帰調整官が判断をするのではなく、各々の関係機関が行っている地域もあった。しかしながら、その場合でも3年という処遇期間を関係機関のそれぞれが意識し、関係機関の連携や本人への意識づけを行うことによって、処遇終了後の支援が行われるとのことであった。

このようにどの地域でも処遇終了に向けた動きが早期から見られる一方、処遇終了後に中心的な役割を担う関係機関がどこなのか、ということに関しては地域ごと、あるいは対象者ごとに様々であった。保健所や行政の職員が担うケースもあれば、相談支援事業所や指定通院医療機関の職員が担うケースもあった。ただし、誰かが指名するというのではなく、基本的には、「対象者本人が相談しやすいところが結果的に支援の中心を担う」とのことであった。なお、社会復帰調整官は、あくまで医療観察法上でしか関わりを持てないため、処遇終了後は完全にフェードアウトすることとなる。とはいえ、実際には他の対象者を訪問するために指定通院医療機関に行った時などには声掛けを行ったり、関係機関からの電話での相談には応じたり、というように、処遇終了後もしばらくは情報の共有が図られている。

■ 処遇終了後

処遇が終了するということは、医療観察法の対象ではなくなり、精神保健福祉法等での支援に変わることを意味する。社会復帰調整官という立場からは、これまで処遇終了となったケースを見た時に、「関係機関の体制がきちんとしていれば、社会復帰調整官がいなくても十分な支援が可能である」「そもそも社会復帰調整官は直接支援をすることが仕事ではないので、抜けたとしても大きな影響はないだろう」と認識している。実際に地域生活移行したケースでは、社会復帰調整官が抜けた後も、支援が継続されている。

一方、現在処遇期間中の関係機関の職員からは、「医療観察法という縛りがなくなる」「現状で社会復帰調整官が対象者と最も厚い信頼関係を築いており、どう引き継いでいけば良いのか分からない」「自由度が増してしまい、対象者に支援利用を強制できない」等の不安を感じているようであった。

第3項 地域による違い

今回のインタビューでは複数の地域の関係機関から話を聞くことができた。その結果、地域によって、特に、社会復帰調整官の位置づけと各々の関係機関のコミットメントの程度に違いが見られた。

地域	社会復帰調整官	行政	地域社会資源	備考
A	ケア会議の開催 関係機関の調整 体制作り	ケア会議に参加	ケア会議に参加	
B	ケア会議の開催 関係機関の調整 体制作り	関係機関の調整 体制作り	ケア会議に参加 社会復帰調整官の役割の 引継ぎ	行政の担当職員が複数 行政のコミットメントが高い
C	ケア会議の開催 関係機関の調整 体制作り	ケア会議に参加	ケア会議に参加	裁判所のコミットメントが高い
D	ケア会議の開催	ケア会議に参加	ケア会議に参加 関係機関同士の連携	地域社会資源が主体的に体制構築 中心は生活訓練施設・相談支援事業所

図表 1-4-11 地域別の各の関係者の関わり方

(1) 地域 A

関係機関との調整やケア会議の主導は社会復帰調整官が行っており、自治体の職員は現段階では一参加者としてケア会議に参加している。ケア会議は、他に生活訓練施設の職員、指定通院医療機関の職員、付設されたデイケアの職員、対象者本人が参加し、指定通院医療機関にて行われている。対象者本人が現在生活訓練施設を利用中であるため、生活訓練施設退所後あるいは処遇終了後に関する動きについては未定である。

(2) 地域 B

ケア会議は社会復帰調整官主導で行われているが、細かい関係機関との調整や情報交換は自治体の職員が主体となって行っている。また、自治体のケースごとに係る人員は2名体制であり、一方の異動があっても引継ぎが容易であったり、業務を分担し1人あたりの負担が軽減されたりといった点で、より動きやすい体制となっている。

ケア会議には他に生活訓練施設の職員、指定通院医療機関の職員、デイケアの職員、訪問看護、対象者本人に加え、処遇終了後に中心的な役割を担う前提で相談支援事業所の職員が参加している。対象者が生活訓練施設を退所した後、社会復帰調整官、自治体の職員、訪問看護、生活訓練施設職員で定期的に訪問し本人の様子を確認している。

(3) 地域 C

社会復帰調整官の主導でケア会議が開催され、指定医療機関や生活訓練施設職員等が参加する。生活訓練施設の動き方は、通常時と殆んど変わらない。ただし、通常生活訓練施設が支援する住居設定に関しては、社会復帰調整官が行うとのことであった。処遇終了後は、保健所や指定通院医療機関、デイケア等のうち、対象者本人との関係が良好な支援者を中心に支援が引き継がれていく。

また、裁判所が、退院決定時にも必ず審判を開き、口頭で退院決定を伝えたり（通常は紙面による通知のみであることが多い）、現状を把握するために外泊に同行したり、医療機関を訪問したりしている。その結果、地裁、社会復帰調整官、指定入院医療機関、指定通院医療機関、保健所といった関係者間の連携が良く、情報共有も図られることで、一体的な動きが可能となっている。

(4) 地域 D

ケア会議は社会復帰調整官の主導で行われるが、例えば体験利用時の生活訓練施設と指定入院医療機関との調整等は、当該施設間で行われている。支援の経過に伴って新たな関係機関を利用するという場合も、その利用の提案やケア会議への参加は関係機関同士のやり取りの中で行われる。こういった関係機関同士の関係調整や、ケア会議のスケジュール調整等は主に生活訓練施設が担う。社会復帰調整官はケア会議の開催と関係機関のまとめ役が主たる仕事となる。生活訓練施設の利用終了後は、精神保健福祉センターや相談支援事業所が中心を担い、処遇終了後についても、そのままの体制で支援が継続される。重要なのは対象者が引き続き通院できること、相談しやすい関係機関との接点がなくなることである。

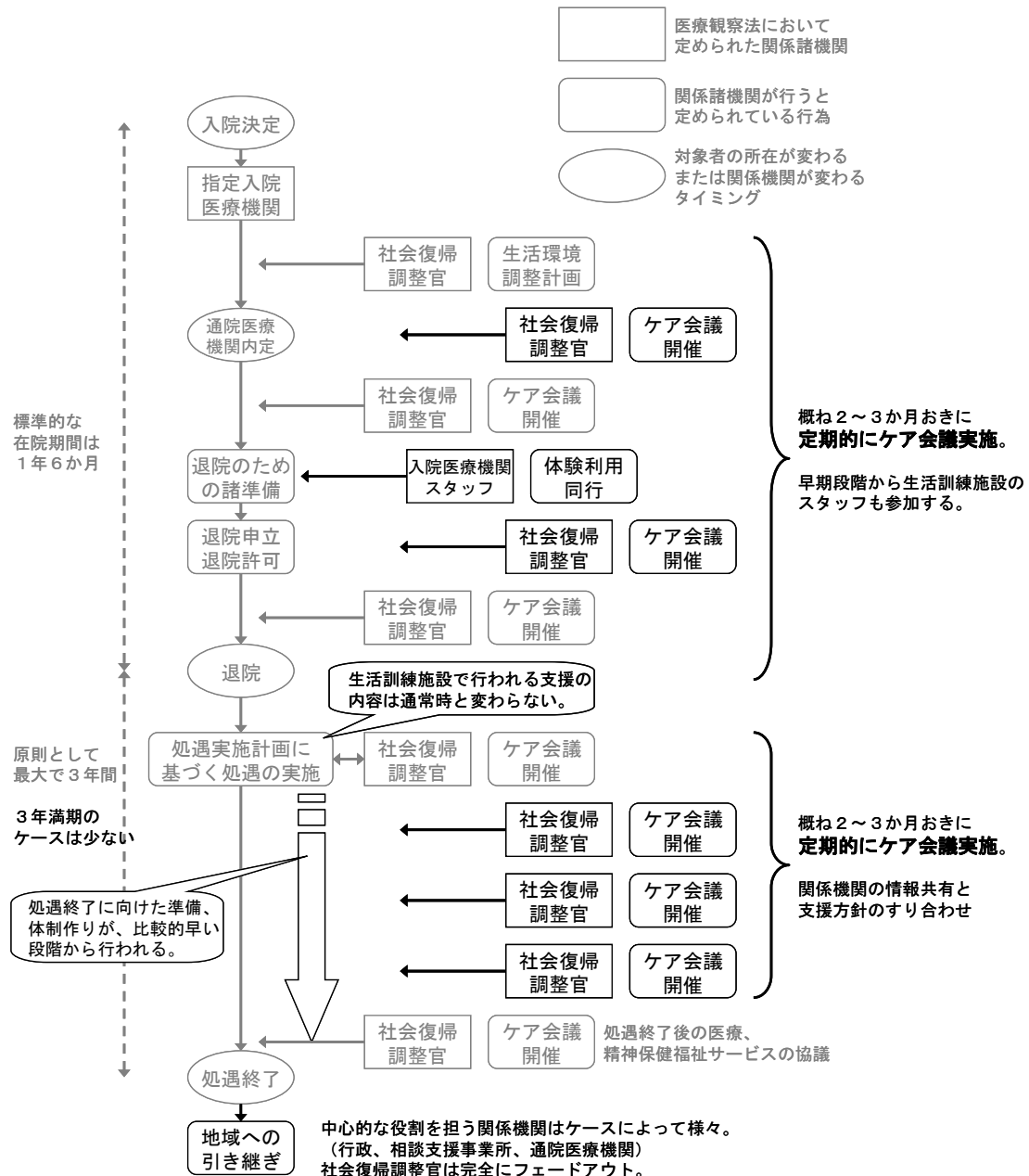
この地域内のある自治体では、三障害合同の相談会が相談支援事業所の主導で行われている。この相談会に生活訓練施設の職員が訪れ、医療観察法対象者が地域生活をするための連携の場として機能している。またこの自治体では、平時から相談支援事業所を中心に様々な地域資源が連携を取っており、その結果、地域としての受入態勢の構築がスムーズに行えているとのことであった。この場合、現場の調整は相談支援事業所が担い、最終的な方向性の判断は社会復帰調整官が担っている。そのため、処遇終了後については、そのまま相談支援事業所が中心となって支援を継続していく。

第4項 まとめ

法令やガイドライン、施行規則に則って支援を行う場合、特に退院後の動き方については社会復帰調整官並びに関係機関の裁量に任される部分が多い。また、地域によっても関わり方、動き方が異なる場面が多くあるようである。その結果、担当する社会復帰調整官によって、あるいは居住する地域によって、対象者が受けられる支援にも違いが生じることが予想される。また、退院後の処遇期間は、医療観察法によって3年と定められているが、入院期間に関しては、原則として1年6か月とされてはいるものの、指定入院医療機関と保護観察所の名で6か月ごとに延長の申請を行わなければならない、この申請が通る限り、入院期間に上限はない。以上のことから、入院期間の長さも含めて、医療観察法対象者の処遇に関しては、社会復帰調整官に任されている部分が大きいと言える。ただし当然ながら、医療的な判断については、各処遇における指定医療機関の医師等によるところが大きい。

当然、医療観察法対象者の病状や家族環境、帰来する地域の医療機関や精神保健福祉サービスの種類や絶対数等によって、どのような支援をどのような関係機関が行っていくのかは異なるが、その全体像を統括し、中心的なマネジメントを担う機関も地域によって、あるいはケースによって様々であった。

また、地域によっては「『医療観察法対象者』というだけで受け入れてもらえない」というコメントも聞かれた。そういった医療観察法に対する捉え方も地域による違いを生む要素であるということもできる。



図表 1-4-12 インタビューによって明らかになった支援の流れ

インタビューによって得られた情報に基づくフローを図表 1-4-12 に示した。図表 1-4-2 (医療観察法に規定された支援の流れ) と比較すると、法律上行うよう定められた事柄以上に、実際に行っていることが多いことが見て取れる。例えば、入院処遇中の (それも早期段階からの) ケア会議への参加や、入院処遇中の体験利用等は、法律上規定されていないが、どの地域でも行われている。早期段階から支援の方向性を共有することによって、正式利用後の支援をよりスムーズに行うことができる。

また、退院後の地域における処遇に関しては、処遇実施計画に基づいて処遇を行うことと定められているが、支援の過程で日々刻々と状況は変化していくため、定期的にケア会議を開催し、処遇実施計画を修正していく必要がある。実際には 2～3 か月に一度程度のペースでケア会議が開催されている。

処遇期間が終了し、社会復帰調整官の手を離れる際には、地域の関係機関が社会復帰調整官に代わって中心的な役割を担う必要がある。実際には、地域によってどこがその役割を受け持つのかは異なるものの、処遇終了と同時にいきなり引継ぎというケースはほぼ見られない。元々関係機関の調整を自治体の職員が担っているケースや、処遇終了時を見越して、処遇終了の6か月ほど前から相談支援事業所の職員が加わるケース等、早期段階から処遇終了に備えた体制を作っていくことが多い。

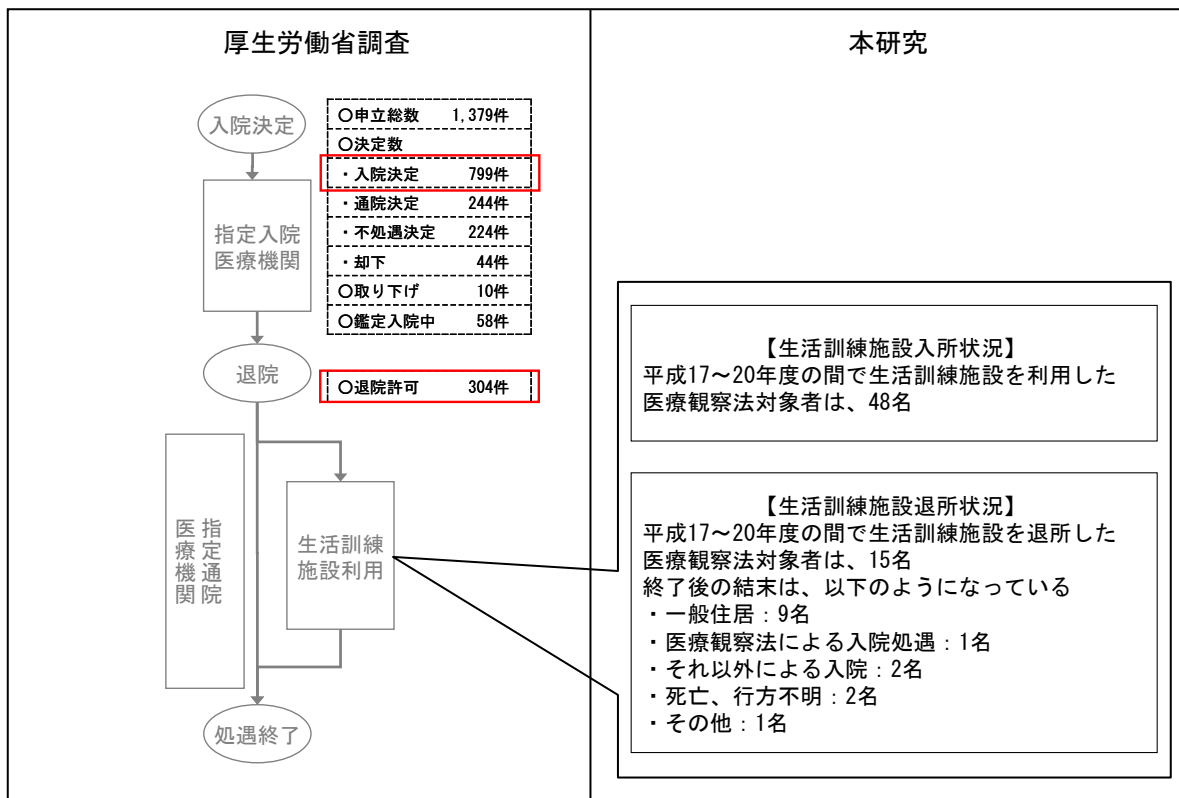
第5章 考察

以下、整理医療観察法対象者の地域ケア体制の確立に向けた支援のあり方について考察する。

第1節 医療観察法対象者における生活訓練施設の利用状況

質問紙調査の結果を統計資料と比較し、医療観察法対象者全体における生活訓練施設の利用状況を推定する。医療観察法施行から平成 21 年 3 月 1 日までの間において入院決定とされた 799 名のうち、304 名に退院許可決定がなされている。本調査では、同期間において、48 名の対象者が生活訓練施設を利用し、15 名が退所しているとの結果が得られた。

図表 1-5-2 において、同じく退院決定となった医療観察法対象者の生活訓練施設の利用状況を年別に比較した。生活訓練施設を利用していると推測される。退院決定者の増加とともに、生活訓練施設での受入件数も増加している。



図表 1-5-1⁸ 医療観察法対象者における生活訓練施設の利用状況

		17 年(度)	18 年(度)	19 年(度)	20 年(度)	合計
退院許可者	人数	0	31	76	115	222
生活訓練施設への入所	人数	0	4	18	26	48

図表 1-5-2⁹ 医療観察法対象者における生活訓練施設への年別入所状況

⁸ 申し立て件数等は、厚生労働省医療観察法医療体制整備推進室の調査より引用した。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りうる点に注意されたい。

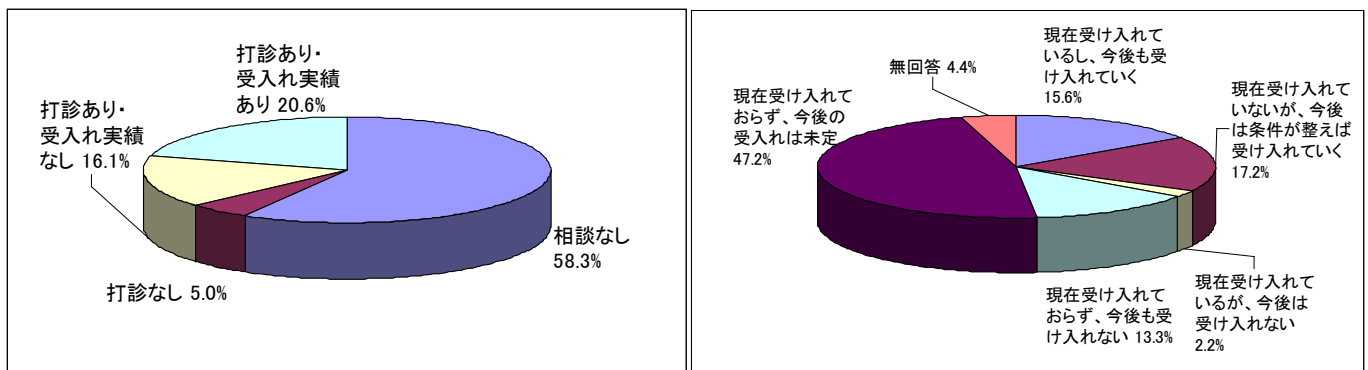
⁹ 年別の「退院許可者」は、保護統計「67 観察所別 生活環境調査事件の受理及び終結（医療観察法第 49 条又は第 50 条の申立て）」と「68 観察所別 居住地における生活環境調整事件の受理及び終結」より算出した。同調査の数値は年度別ではなく、年別の数値となっていることに注意されたい。推定のために目安として利用した点にご理解いただきたい。

第 2 節 生活訓練施設における医療観察法対象者の受入状況と今後の受入方針

質問紙調査では、医療観察法対象者の受入実績を有する施設は 37 施設 (20.6%) となった。それ以外の施設としては、そもそも相談しない施設が 58.3%、打診のない施設が 5.0%、打診があるものの、実績のない施設が 16.1% となった。

また、今後の受入方針としては、未定とする回答が 47.2% と最大となったが、条件つきも含めて、受け入れていくというポジティブな回答は、32.8% の施設から得られた。

ここで着目すべきは、打診を受けて「断った経験がある」という施設が 17 施設 (9.4%)、今後の受入方針として、「受け入れない」と断言している施設が 28 施設 (13.7%) 存在していることである。



「割合」の分母は、対象事業を実施している施設数 180 である

図表 1-3-22a 医療観察法対象者の受入状況 (再掲)

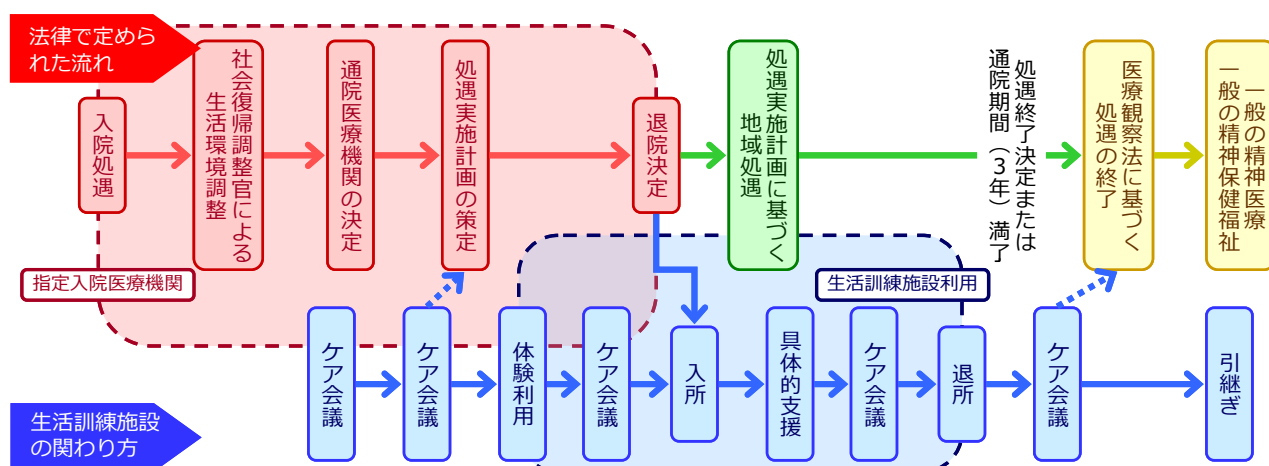
図表 1-3-28 医療観察法対象者の今後の受入方針 (再掲)

先の推定において、医療観察法の退院決定者の 20% 前後の方が生活訓練施設を利用し、地域に移行していることが示された。20% という数字が大きいのか小さいのかはわからない。すべての医療観察法対象者に、生活訓練施設の利用が適切であるということもない。しかしながら、生活スキルについての課題が多い方については、生活訓練施設の利用が効果的であると考えられるため、引続き、生活訓練施設での受入体制を整備していく必要がある。

「受入れを断った理由」「今後受け入れない理由」等の受入れの阻害要因については、質問紙でも調査した。受け入れた後の課題についても、インタビュー調査において調査している。問題点は、「疾病・障害」に関わる要因、「連携」に関わる要因、「施設・施策」に関わる要因等、多岐にわたる。以下、支援内容、支援体制、経営（財務状況）、情報（ノウハウ）を軸に整理することで、その解決策を検討する。

第 3 節 生活訓練施設における医療観察法対象者の支援内容

第 1 項 医療観察法対象者の支援における生活訓練施設としての関わり方



図表 1-5-3 生活訓練施設における医療観察法対象者の支援への関わり方

(1) 生活訓練施設に求められている役割、支援内容は変わらない

生活訓練施設としては、医療観察法対象者への支援においても、求められている役割、支援内容は変わらないことが明らかとなった。

指定入院医療機関、社会復帰調整官を中心とした CPA 会議において、生活スキルの懸案事項が多いと判断された場合、生活訓練の利用が検討される。ひとり暮らし経験のない者や、経験があっても期間が経過しており、ひとり暮らしが困難であると判断される場合もあるという。

無論、指定入院医療機関でも社会復帰期において、生活スキルを訓練するための支援はなされているが、保護的環境下であるので、退院した後に地域で問題なく生活が送れるかという懸念がある。指定通院医療機関においては、対象者と接触する機会、人員ともに限られており、個人の生活レベルにまで密接した支援を行うことは困難である。よって、地域により近い場で、24 時間という体制で生活スキルに関する支援が提供できるのが生活訓練施設のメリットであり、期待されている役割である。生活訓練施設によるこのような機能が期待されていることは、インタビュー調査を実施した社会復帰調整官、指定医療機関の職員からも聞くことができた。

特に家族から同居を拒否されることも少なくない対象者は、地域のアパートやグループホーム等に居室を構えることとなるが、生活の自由度が高いということはそれだけ「みまもり」による支援が重要であるとも言える。地域生活を開始する前に、生活訓練施設において「みまもり」による支援を行い、地域社会で生活することができるかどうかを確認する。そこから得られた情報を本人と共有することで、退院後、直接地域に移行した場合では気付くことのできなかったであろう生活課題の発見、解決に結びつき、ひいては安定した地域生活につながるものとする。

第 2 項 医療観察法対象者と非対象者の支援との差異

医療観察法対象者と非対象者の直接的支援において、異なる点としては以下の点であった。

(1) 個別支援プログラムが有効な場合がある

医療観察法対象者は、通常生活訓練施設を利用する長期入院を経験した方が少ないため、非対象者と比べて集団プログラムになじんでない方も多いと言われている。その場合は、個別支援プログラムで実施した方が効果的な場合がある(ただし、個別支援プログラムを実践しているのであれば、この点においてもそれほど違いはないと言える)。

(2) 体験利用の頻度、回数の変化

体験利用については、インタビュー調査を実施したすべて施設において頻度・回数ともに減少していた。これは入院期間中における、「連続して 1 週間以上の外泊制限」、「外出、外泊についての指定入院医療機関職員の同行義務」という制度上の問題と、それに付随した指定入院医療機関の人的、経済的負担による問題によるものである。本研究においては、これまで「みまもり」の重要性を論述してきており、体験利用中の「みまもり」も、正式利用に向けたアセスメントに必要な情報として不可欠なものであると位置づけている。医療観察法対象者の支援においては、正式利用に向けて必要となる体験利用中の「みまもり」から得られた情報が減少していることが懸念される。

(3) 間接作業の増大

インタビュー調査において、医療観察法対象者の支援においては、支援そのものより、その周辺部分(間接作業)で時間と労力がかかることが明らかとなった。具体的には、以下の通りである。

【正式利用前】

- ・生活訓練施設内で受入判断(関連部署への相談や、受入判定会議の開催等)
- ・指定入院医療機関での CPA 会議への参加、資料の提出
(遠方の場合は訪問せず、社会復帰調整官を経由して情報共有する)
- ・訪問はインテーク時 1 回、その後必要により実施
- ・体験利用に関する指定医療機関との事前、利用中、利用後の連絡調整

【正式利用中】

- ・ケア会議への参加、資料提出
- ・通常であれば施設内で判断できる事案について、社会復帰調整官や指定医療機関を交えて決定しなくてはならない

(4) 生活訓練施設利用に関する動機づけの問題

インタビュー調査からは、複数の施設から早く退院したいがために生活訓練施設を利用する対象者もいるとのことであった。生活訓練施設の利用は「自己選択」前提であるものの、CPA 会議等で利用が条件的に提示されてしまうと自分の意志とは離れたところで利用してしまうこともあるようである。

つまり、生活訓練施設を利用するのは「生活訓練」をしたいためではなく「退院」したいためであり、対象者自身の生活スキル不足の認識がやや足りない対象者も利用することがあるとのことであった。そういった対象者の場合は生活訓練施設利用に関する動機づけが希薄であり、十分な効果があげられない可能性もあるとのことであった。したがって、生活訓練施設としては、そういった動機付けの部分から関わる場合もあると言える。

第4節 医療観察法対象者の支援体制

医療観察法対象者の支援は、関係機関の多いことが特徴として挙げられる。これらの関係機関の役割を明確にすることが重要であると考えられる。

(1) 支援のコーディネーターの明確化

まず、インタビュー調査において明らかになったのは支援の全体的なコーディネーターが地域により違いがあるということである。その役職名通り、社会復帰調整官が主たる調整の権限は有しているが、実態としては、地域において、ケア会議の招集方法は様々であり、生活訓練施設や精神保健福祉センターが日程調整を行い、最終的な通達のみを社会復帰調整官が実施している場合もある。

地域特性を反映した柔軟性のある仕組であると捉えることもできるが、担当する社会復帰調整官、あるいは居住する地域の支援機関の裁量によるところが多いため、対象者が受けられる支援の質、量に違いが生じてしまう場合は問題である。そのため、支援の中心を明確化することは重要である。当然、支援のコーディネーター役は支援ステージによって変わってくることが想定される。入院中であれば指定入院医療機関のワーカーであるし、退院後は生活訓練施設が担う場合もあれば、社会復帰調整官である場合もある。状況によって様々であるが、「どこかが中心を担わなければならない」ということは共通にあると言える。

関係機関	職種
保護観察所	社会復帰調整官
鑑定医療機関	主治医、看護師
行政機関	生活保護担当 等
指定入院医療機関	主治医、看護師、心理士、ワーカー
指定通院医療機関	主治医、看護師、(心理士)、ワーカー
保健所	保健師
相談支援事業所	相談員
生活訓練施設等他社会資源	担当職員

図表 1-5-4 医療観察法対象者の支援に関わる関係機関

(2) 処遇終了後の支援体制

医療観察法対象者の支援に限らず言えることではあるが、地域生活への移行後の支援体制が不明確である。各支援機関としては、特に対象者に関する支援において、病状悪化による再被害行為の不安が大きいことも確かであり、質問紙調査においても、「処遇終了後の継続支援について誰を主としてどのような体制で行うのか」というアフターフォローに関する懸念が挙げられている。

処遇終了後については、当然ながら対象者に対する社会復帰調整官の役割も終了しており、法的な責任もない。インタビュー調査では、処遇終了の数か月前から、ケア会議にて処遇終了後の体制に向けた話し合いが行われ、基本的には、対象者本人が相談しやすいところが結果的に支援の中心を担うとのことであった。社会復帰調整官を中心に、処遇終了

を前提とした支援体制の構築が必要であり、この問題が社会復帰調整官の支援の関わり方をより複雑にしている。つまり、支援に関して深く関与しすぎると処遇終了後の不安が大きくなり、支援に関する関与が浅くても、関係機関による調整業務が多くなるのではないかと懸念性がある。

入院処遇時と地域での生活では、生活の自由度があまりにも異なり、処遇終了後は、対象者に支援の利用を強制できないため、対象者の症状の変化に気付くことが難しくなる。環境の変化が病状の安定に与える影響も多いと考えた場合、処遇終了後の数か月は、地域生活を始めた対象者の病状について定期的に把握する体制を構築し、経過を「みまもる」ことも必要なのではないかと考える。また、そういった仕組が、再入院や再被害行為の未然防止、支援機関の不安解消に寄与するのではないだろうか。

(3) 医療の一貫性

医療観察法では、鑑定入院医療機関、指定入院医療機関、指定通院医療機関という三つの医療機関が関与する。対象者が対象行為以前に精神科を標榜する医療機関に掛かっていた場合、4医療機関となる。また、処遇終了後、指定入院医療機関に継続して通院する必要があるため、居住地近隣の医療機関に通院先を変更する場合も想定される。

本研究で明らかとなったのは、医療の一貫性に不備が生じている点である。主治医が変わることにより、治療方針や処方箋が変わってしまうことも少なくなく、ケースによっては病名の見立ても変わってくるということもあった。こういった医療の変更が、生活訓練施設側に迅速に伝わらず、支援が滞るというケースもあった。

ケースバイケースの問題はあるとしても、支援における混乱を避けるための対策は必要であると考ええる。

第 5 節 医療観察法対象者の支援に係る報酬

第 1 項 医療観察法対象者の地域生活移行の促進を目的とした財政的支援

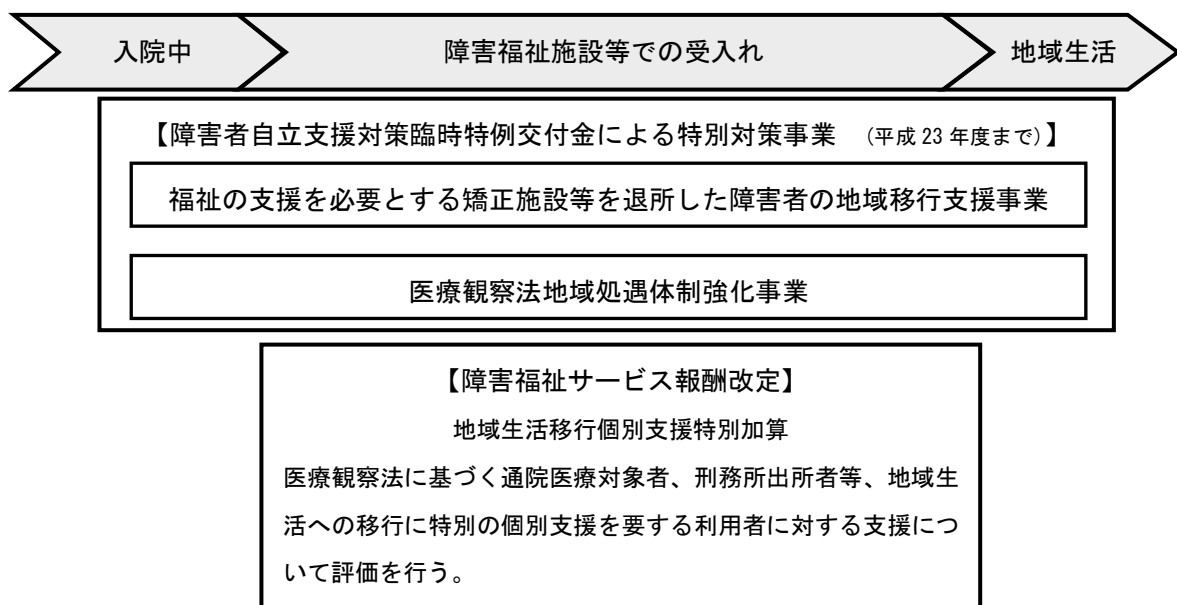
前述のように、医療観察法対象者の支援も、通常の支援と変わらないことは示されたが、法律では定義されていないものの、重要であると考えられる入院中からの CPA 会議への参加や、体験利用に関する連絡調整、本来業務以外の書類作成等間接作業についての人的負担が大きい、つまりは、経済的に厳しいという意見が得られた。質問紙調査からも、医療観察法対象者の受入れの阻害要因として、施設への報酬が少ないという課題が受入実績を有する施設のうち 40.5%の施設から得られた。

報酬額の妥当性の検証については、行うべき業務内容についての過不足を識別することで標準的作業を定義し、次に業務の遂行に必要とされる標準的所要時間の測定を行う等の手法が考えられるが、それは今後の課題とし、ここでは現状の報酬体系について確認する。

医療観察法対象者の受入れに関する障害サービス報酬改定と、基金事業による対応を下図に示した。平成 21 年度 4 月より、医療観察法に基づく通院医療対象者の円滑な社会復帰を支援する観点から、対象者に係る受入体制の整備、関係機関との連携等について報酬上の評価が実施されている。また、障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業として、「福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した障害者の地域移行支援事業」「医療観察法地域処遇体制強化事業」等が実施されている。

まず、障害福祉サービスの加算については、障害者自立支援法に基づく施設が対象となるため、移行前の施設はそもそも対象外であり、移行後においても、加算を受けられるのは加算要件をクリアした施設のみとなっている。また、対象者の受入日数が加算の単位となっているため、受入れ前の関係機関との調整や、地域生活移行後の本人への支援は加算対象外である。

続いて、障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業は、申請のためには、各都道府県の定める当該事業の事業計画書、実績報告書の提出が必要となる。事業の実施内容別の支出額に基づく支給となるため、補助金上限額が一律に支給されるわけではないことに注意が必要である。



図表 1-5-5 医療観察法対象者の地域支援に係るサービス報酬と基金事業のイメージ

第 2 項 医療観察法対象者受入れ時の障害福祉サービス報酬

医療観察法対象者の受入れに関する障害福祉サービス報酬は、図表 1-5-7 のようになっている。障害福祉サービス報酬は、本体報酬と加算額に大別され、本体報酬の基本単位には減算項目があり、項目に該当した場合にはマイナスとなる。一方、加算の要件は、項目により様々であるが、組織体制によるものが多いので、職員の継続的な教育、研修の機会の提供が必須とされる。

参考までに以下の条件のもと、年間の報酬額を算定した。医療観察法対象者の受入れによる加算額は、全報酬額の約 10%に相当する。他の加算要件に比べ、加算単位(1 対象者 1 日 670 単位)が大きく、報酬に与えるインパクトは大きいと言える。

条件	:
自立訓練(生活訓練 宿泊型)の事業所	
年間開所日数 365 日、定員 20 人、利用率 80%、利用期間 1 年以内(原則)	
基本単位の減算項目には該当しないものと仮定	
「福祉専門職員配置等加算(I)」の要件を充足すると仮定	
「地域移行支援体制強化加算」の要件を充足すると仮定	
「地域生活移行個別支援特別加算」の要件を充足すると仮定	
医療観察法対象者を 1 年間受け入れると仮定	
単位数単価 ¹⁰ は 10.00 と仮定	
報酬シミュレーション	:
本体報酬計	; <u>15,768,000 円/年</u>
	[基本単位] × [利用者数] × [想定稼働率] × [利用日数] × [単位数単価]
	270 × 20 × 0.8 × 365 × 10.00 = <u>15,768,000 円/年</u>
加算額	; <u>6,066,300 円/年</u>
①「福祉専門職員配置等加算(I)」:	
	[加算単位] × [利用者数] × [想定稼働率] × [利用日数] × [単位数単価]
	7 × 20 × 0.8 × 365 × 10.00 = <u>408,800 円/年</u>
②「地域移行支援体制強化加算」:	
	[加算単位] × [利用者数] × [想定稼働率] × [利用日数] × [単位数単価]
	55 × 20 × 0.8 × 365 × 10.00 = <u>3,212,000 円/年</u>
③「地域生活移行個別支援特別加算」:	
	[加算単位] × [対象者] × [想定稼働率] × [利用日数] × [単位数単価]
	670 × 1 × 365 × 10.00 = <u>2,445,500 円/年</u>
本体報酬+加算額	: <u>21,834,300 円/年</u>

図表 1-5-6 障害者自立支援法における自立訓練(生活訓練)宿泊型事業所において、
医療観察法対象者を 1 年間受け入れた場合の報酬例

¹⁰障害者自立支援法の報酬には、地域間における物価などの違いを考慮し、地域ごとに基本単位に乗じる数値を設定している。この区分を「地域区分」と呼び、区分ごとに設定された数値は「単位数単価」と呼ばれる。

宿泊型自立訓練サービス費														
基本部分 【基本単位】 該当する基本単位を使う。 <table> <tr> <td>ハ生活訓練サービス費(Ⅲ)</td><td>(1)利用期間が2年以内の場合</td><td>270 単位</td></tr> <tr> <td></td><td>(1)利用期間が2年を超える場合</td><td>162 単位</td></tr> </table>		ハ生活訓練サービス費(Ⅲ)	(1)利用期間が2年以内の場合	270 単位		(1)利用期間が2年を超える場合	162 単位	注 <table> <tr> <td>利用者の数 が利用定員 を超える場 合</td><td>生活支援 員、地域移 行支援員又 はサービス管 理責任者の 員数が基準 に満たない 場合</td><td>自立訓練 (生活訓練) 計画等が作 成されてい ない場合</td></tr> <tr> <td>×70/100</td><td>×70/100</td><td>×95/100</td></tr> </table>	利用者の数 が利用定員 を超える場 合	生活支援 員、地域移 行支援員又 はサービス管 理責任者の 員数が基準 に満たない 場合	自立訓練 (生活訓練) 計画等が作 成されてい ない場合	×70/100	×70/100	×95/100
ハ生活訓練サービス費(Ⅲ)	(1)利用期間が2年以内の場合	270 単位												
	(1)利用期間が2年を超える場合	162 単位												
利用者の数 が利用定員 を超える場 合	生活支援 員、地域移 行支援員又 はサービス管 理責任者の 員数が基準 に満たない 場合	自立訓練 (生活訓練) 計画等が作 成されてい ない場合												
×70/100	×70/100	×95/100												
①	福祉専門職員配置等加算	福祉専門職員配置加算(Ⅰ) (1日につき7単位を加算) 福祉専門職員配置加算(Ⅱ) (1日につき4単位を加算)												
②	地域移行支援体制強化加算	(1日につき 55単位を加算)												
初期加算 (利用開始日から30日を限度として、1日につき30単位を加算) 日中支援加算 (1日につき270単位を加算) 通勤者生活支援加算 (1日につき18単位を加算) <table> <tr> <td>入院時支援特別加算 (月1回を限度)</td><td>イ入院期間が3日以上7日未満 ロ入院期間が7日以上</td><td>(1回につき561単位を加算) (1回につき1,122単位を加算)</td></tr> <tr> <td>帰宅時支援加算(月1回を限度)</td><td>イ外泊期間が3日以上7日未満 ロ外泊期間が7日以上</td><td>(1回につき187単位を加算) (1回につき374単位を加算)</td></tr> </table> 長期入院時支援特別加算 (1日につき76単位を加算単位) 長期帰宅時支援加算 (1日につき25単位を加算単位) 地域移行加算 (利用中1回、退所後1回を限度として、500単位を加算)			入院時支援特別加算 (月1回を限度)	イ入院期間が3日以上7日未満 ロ入院期間が7日以上	(1回につき561単位を加算) (1回につき1,122単位を加算)	帰宅時支援加算(月1回を限度)	イ外泊期間が3日以上7日未満 ロ外泊期間が7日以上	(1回につき187単位を加算) (1回につき374単位を加算)						
入院時支援特別加算 (月1回を限度)	イ入院期間が3日以上7日未満 ロ入院期間が7日以上	(1回につき561単位を加算) (1回につき1,122単位を加算)												
帰宅時支援加算(月1回を限度)	イ外泊期間が3日以上7日未満 ロ外泊期間が7日以上	(1回につき187単位を加算) (1回につき374単位を加算)												
③	地域生活移行個別支援特別加算	(1日につき670単位を加算)												
	食事提供体制加算	(1日につき 42単位を加算)												

【基本単位の減算項目】
該当する場合、各減算割合を、左欄の基本部分に乗じる。

【加算項目】
各加算の要件を満たしていれば、所定の単位数を加えることが可能。
先の例では、①、②、③の要件を満たすものとした。

	加算項目	加算単位	要件
①	福祉専門職員配置等加算(Ⅰ)	7/日	常勤の生活支援員のうち、「社会福祉士」「介護福祉士」「精神保健福祉士」の割合が25%以上であること。 ※ ダブルカウントはしない。 ※ サービス管理責任者は対象外。
②	地域移行支援体制強化加算	55/日	宿泊型自立訓練に配置しなければならない地域移行支援員を指定基準(15:1)以上に加配しており、そのうち1人以上が常勤である場合。
③	地域生活移行個別支援特別加算(原則3年が上限)	670/日	①加算対象利用者の支援のため、職員を加配していること。 ②社会福祉士または精神保健福祉士が配置され、資格者による支援体制がある。 ③職員に対して、罪を犯した障害者の支援に関する研修が年1回以上あること。 ④保護観察所、更生保護施設等の関係機関との協力体制がある。

表 1-5-7 障害者自立支援法における自立訓練(生活訓練)宿泊型の報酬表

第3項 医療観察法対象者の支援に係る基金事業

障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業は、平成 23 年度までの期間限定事業であり、都道府県が実施主体となって実施されているが、「医療観察法地域処遇体制強化事業」の活用について、40.4%の都道府県より「活用する意向はない」という結果が得られている¹¹ように、その実施状況、周知状況は様々である。

質問紙調査において、「対象者が入居するまで、部屋を確保するための財政的支援が欲しい」という回答があったが、まさにそれを実現できるのが「医療観察法地域処遇体制強化事業」である。資金援助は、受入事業者にとって、対象者の受入れに対する一つの動機付けとなるものである。対象者を受け入れた施設への定額助成等様々な活用用途が考えられる。

名称	福祉の支援を必要とする矯正施設等を退所した 障害者の地域移行支援事業	医療観察法地域処遇体制強化事業
実施 主体	都道府県	都道府県
内容	①矯正施設退所者等の障害者支援施設、または宿泊型自立訓練事業所における受入支援 ②①での受入れ後の訓練等終了後にケアホーム、グループホームで受け入れるための支援 【主な事業内容】 ・施設における求人や事前の体制づくりのための人員確保（当該利用者がケアホーム等の報酬（地域生活移行個別支援特別加算）の対象となる前の人件費を含む）のための支援 ・先進地視察や勉強会等の開催の支援 ・矯正施設等との調整 ・退所後にアパート等でのひとり暮らしとなった場合における定着のための支援 ・移行先のグループホーム事業者等が行う相談支援事業者や不動産業者等との調整の支援 ・移行先グループホーム事業者等が行う研修等の開催支援等 ※地域生活定着支援センターや保護観察所等の関係機関からの受入依頼を受け、受入調整を行った場合に対応	①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。 ②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宅、及び指定入院医療機関等への訪問による入所後の生活に係る相談援助や、精神保健福祉士等の福祉スタッフを確保するなど、予め受入れに関する体制整備を実施した場合に助成を行う。
実施 年度	平成 21 年度から平成 23 年度	平成 21 年度から平成 23 年度
補助 単価	①②ともに 1 件あたり 1,000,000 円以内	① 1 都道府県あたり 3 年間で 22,400,000 円以内 ② 1 都道府県あたり 3 年間で 4,600,000 円以内

図表 1-5-8 医療観察法に係る障害者自立支援対策臨時特例交付金による特別対策事業

¹¹ 平成 20 年度精神障害者社会復帰促進調査研究事業報告による。
調査対象：都道府県主管課全 47 か所、調査実施時間：平成 21 年 3 月、回収率：100%。

第 6 節 医療観察法対象者の支援に係る情報・ノウハウ

第 1 項 医療観察法対象者の受入れに対する不安

質問紙調査からは、医療観察法対象者の受入れの阻害要因として、施設側の不安感による項目が大きな割合となることが明らかとなった。この点について、インタビュー調査では、指定通院医療機関、生活訓練施設においても、当初は「医療観察法対象者」であるという不安があったが、受け入れてみると、他の利用者に比べて特に変わったところもなく、生活スキルが高いため、支援に係る職員の負担が少ないケースも散見されたという結果が得られている。

「医療観察法対象者は必ずしも困難事例とは限らない」「通常と同じ支援を行うことで、医療観察法対象者の支援も充分に対応可能である」ということは、以下の 2 点から考えて、むしろ当然であるとも考えられる。

(1) 他害行為の恐れのある利用者の受入実績

生活訓練施設に限らず、精神障害者の支援施設は、他害行為を行って措置入院となった利用者の受入実績を有する施設は少なくないはずである。根拠法は異なるものの、懸念されるリスクは自傷他害である。

(2) 指定入院医療機関における手厚い医療、合議体での審判による退院

医療観察法対象者は、指定入院医療機関で手厚い医療を受けており、退院に際しては、CPA 会議という多職種チームによる合議体での議論を踏まえ、申し立てが行われる。措置入院が主治医の判断のみで解除になるのに対し、医療観察法制度では対象者に係るカンファレンスが行われ、その結果、医療的課題が解決されたと裁判所が判断した場合に退院決定がなされる。その前提からすれば、生活訓練施設に正式入所する段階とは、寧ろ症状が改善されている状態である。また、今回行った指定入院医療機関へのインタビュー調査の中でも、医療機関としてはこれが限界というところまで治療を施した上で退院の見極めをしているとの声も聞かれた。

しかし、医療観察法病棟での入院生活と生活訓練施設での地域生活では評価が異なる場合も当然出てくる。生活訓練施設が実際受け入れてみて、その見立てに修正が必要な場合は、そのギャップを入院医療機関にフィードバックし、CPA 会議にて議論することで認識の乖離を埋めることにこそ双方にとって意義がある。

しかしながら、こういった受入れに関する不安は、受入実績のない施設程大きいので、今後の受入れを促進するためにも受入実績の積上げによるノウハウの蓄積と、それを体系的にまとめてモデルケースとして発表するなどといった意識啓発が必要とされる。

これまで漠然と「不安」とされている種々の懸念事項を「法律的」「行政的」「道義的」側面等多面的な視点で分析し、その解消を行うことも今後の課題としたい。

第 2 項 医療観察法の周知、意識啓発

医療観察法は、施行されて 4 年半が経過経過したものの、まだまだ地域の社会資源への浸透度は低い。事実、質問紙調査では、58%の施設において、医療観察法対象者の受入支援に関する一般的な相談すら来ていないことが明らかとなった。そして、受入促進要因として、医療観察法や対象者の支援に関する情報提供を望む回答が多く記述されている。

医療観察法の支援において難しいところは、「医療」「福祉」に加え、「司法」が強く関わることであろう。多職種チームで構成される CPA 会議では、それぞれの専門家がそれぞれの専門分野について、それぞれの専門用語で意見を述べる。そもそも、受入実績のない施設（事業所）においては、医療観察法対象者と、罪を犯した精神障害者の違いについてもまだ理解されていない可能性がある。まずは、そういった言葉の定義から、理解を促す必要があるだろう。

質問紙調査において、施設利用中、あるいは利用後の再他害行為発生時の責任問題とそれに対する施設への保障が受入課題であるとされたが、インタビュー調査においても同様の声が聞かれた。これまで築いてきた地域での信頼を一気に喪失しかねないという不安は、対象者に限った課題ではないが、特に対象者の場合は、住居設定においても、どの程度情報を開示すべきか戸惑うことが多いようである。具体的には、不動産会社に精神疾患については開示し、医療観察法対象者であることを伝えない場合、支援者がいながらその重要な情報を伝えなかったということで再他害行為の発生時に責任追及されるのではないかと不安があるとのことであった。

安全注意義務や情報開示義務が関係する問題であるが、先の例の場合、道義的責任からくる不安であり、通常生活訓練施設で求められる支援を行っている限り、法的責任はない。質問紙調査、インタビュー調査を通して、こういった施設における義務や責任の範囲も含めて、医療観察法の普及啓発をしていく必要があることが示された。

本研究において、医療観察法に係る「支援フロー」「支援内容」は基本的には、他の利用者とあまり変わらないということが明らかとなった。今後は、「あるべき支援体制」、「支援内容の分析に基づいた適正な報酬体系」、医療観察法対象者の受入れに関する不安の原因についても調査、分析を行い、そこから得られた知見や支援のノウハウを普及し、政府に提案していくことが医療観察法対象者の受入施設の増加や、地域支援体制の強化、対象者の継続的な地域生活に寄与するものと考ええる。

第Ⅱ部 地域生活定着に向けた精神障害者の地域定着のあり方に関する研究

第1章 研究の背景

第1節 昨年度調査の概要

まず初めに、昨年度研究事業で得られた知見を概括する。

公設生活訓練施設での活動内容の実態を明らかにするという研究目的に基づき、当施設で実施された過去の活動内容を整理し、どのようなサービスがどのようなタイミングでどれだけ提供されたかを調査・分析した。

具体的には、当施設を利用し、退所後地域定着となった全 29 事例の個人記録について分析を行った。個人記録には、当施設職員と利用者（利用者と関わりのある関係者を含む）とが何らかの関わりを持つごとに時系列でその関わりの事実が記入されている。実際に行った「事実」と、それに伴い当施設職員がどう感じたかという「所感」が分離して記載されているため、感情や主観を排除し、「当施設職員が行ったこと」を切り出すことが可能であった。

この個人記録に記入された内容を、「カンファレンス」「関係機関調整」「本人への支援」の3つに分類し、更に「本人への支援」を「医療（精神科）」「日常生活」「社会生活」「住居」「プログラム」「医療（精神科以外）」「家族」「入退所時対応」「状況確認」の9つに分類した。この9つの分類それぞれを、「状況確認」「練習／指導」「並行／代行」「相談／助言」の4つの行為に基づいて更に分類した。この分類に基づいて、どういったサービスがどのようなタイミングでどれだけ提供されたかを定量的に分析した。

その結果、二つの重要な知見が得られた。一つ目は「みまもり」の重要性である。「状況確認」に分類されたサービス¹²は、1日1人あたり6回前後記録されていた。すなわち、おおよそ2～3時間に1回は「状況確認」による情報収集が行われているということである。これは精神福祉関係者が重要性を主張している「みまもり」を量的に表したものであると言える。さらに全体に対する「みまもり」の頻度を見たところ、「項目としての『状況確認』¹³と「支援と関連づいた状況確認¹⁴」を合わせると、全体の80～90%を占める。これは、「状況確認」による情報収集が、残り10～20%を占める「行動としての支援¹⁵」のために必要不可欠であることを示唆する結果である。すなわち、「実際の地域生活に近い」環境の中で、日々の行動を丸一日観察することによって、支援計画立案時や、地域生活移行時により適切な選択をするための情報を収集できていると考えられる。

二つ目は、入所から退所までの時間経過の中で支援内容に変化が見られるということ、すなわち支援フローが見出せたということである。「本人への支援」のそれぞれの項目の生起頻度を時

¹² 「状況確認」とは、「廊下を歩いている」「談話室でテレビを見ている」というような当施設職員が利用者の行動状況を観察している状況を指す。

¹³ 「本人への支援」に該当しない状況で、利用者の行動状況を確認している状況を指す。すなわち具体的な支援下にない状態での状況確認である。

¹⁴ 「本人への支援」の最中に、その支援に関わる利用者の行動状況を確認している状況を指す。この場合、分類はそれぞれの「本人への支援」であり、行為が「状況確認」となる。例えば、「夕給食を食べている」という記述であれば、食生活に関する状況確認であるため、分類が「日常生活」で行為が「状況確認」というように分類される。

¹⁵ 具体的に「練習／指導」「並行／代行」「相談／助言」を行っている状況を指す。

系列に沿って分析した。その結果、入所初期は「日常生活」や「プログラム」といった支援が多く行われ、次いで「社会生活」や「住居」という支援の流れが見られた。更に支援が切り替わるタイミングには「カンファレンス」が存在しており、特に「住居」に関しては「カンファレンス」が契機となって増加しているという特徴が見て取れた。すなわち、「日常生活」→「社会生活」「住居」という支援フローに沿って支援内容が変化することで、スムーズに地域生活移行ができ、また支援内容が変化するタイミングでは「カンファレンス」が重要な役割を果たすということが示唆された。

第2節 今年度調査の目的・背景

昨年度研究では、前述の通り、「みまもり」の重要性の確認と支援フローの整理という成果が得られた。一方で、今後の課題として様々なテーマが挙げられた。今回は、その中でも重要だと考えられる以下の二つを研究目的として、分析を進めた。

研究目的1：「中断・再入院事例」の分析

昨年度研究では、「退所後定着事例」を中心に分析を行った。その結果、どのように支援が推移すれば地域定着に結びつくのかという示唆が得られた。さらに、「中断・再入院事例」において、なぜ支援が中断してしまったのか、再入院に至ってしまったのかを明らかにすることで、支援フローを補強する。

研究目的2：ケアカンファレンスや面談の内容分析

支援フローが変化する契機として「カンファレンス」が重要な役割を果たすことは先にも述べたが、では「カンファレンス」の内容と支援内容との間にはどういった関係があるのだろうか。「カンファレンス」の内容と支援の変化との相関を明らかにすることで、より精緻な支援フローを描くことを目的とする。

第2章 研究の枠組

昨年度研究で分析対象とした、平成15年度から平成19年度に入院中から当施設を利用した46名を引き続き調査対象とした。基本属性や退所先、入院期間といった基本情報は昨年度調査報告書を参照されたい。

分析には、昨年度も用いた「個人記録」に加え、「支援会議資料¹⁶」も活用した。

¹⁶ 「支援会議資料」とは、入所時、退所時に加え、利用中は概ね3か月ごとに行われる「支援会議（ケアカンファレンス）」の議事録である。「支援会議」には、医療機関関係者や地域の社会資源の関係者等、その利用者に関わる関係者が一堂に会し、利用者本人や家族も出席する。「支援会議」では、本人の意向や利用中の様子が報告され、それに基づいて今後の支援目標や支援計画が決定される。「支援会議資料」には利用中の様子について、「金銭管理」「生活能力」「家族関係」「通所」というように項目ごとに記載されている。

第3章 支援中断事例の特徴とその解決策の提案

本章では、体験利用後、正式利用につながらなかった「体験利用終了事例」、正式利用となったが途中入院によって中断してしまった「正式利用中断事例」に着目した¹⁷。

「体験利用終了事例」に関しては、「みまもり」の頻度と他の支援の頻度の2点に着目して分析を行った。その結果、「みまもり」の頻度は、他の事例と差がないものの、「医療（精神科）」の支援頻度が高いという結果が得られた。

「正式利用中断事例」に関しては、6事例それぞれについて、支援会議資料の内容と時系列の支援頻度の変遷を分析した。

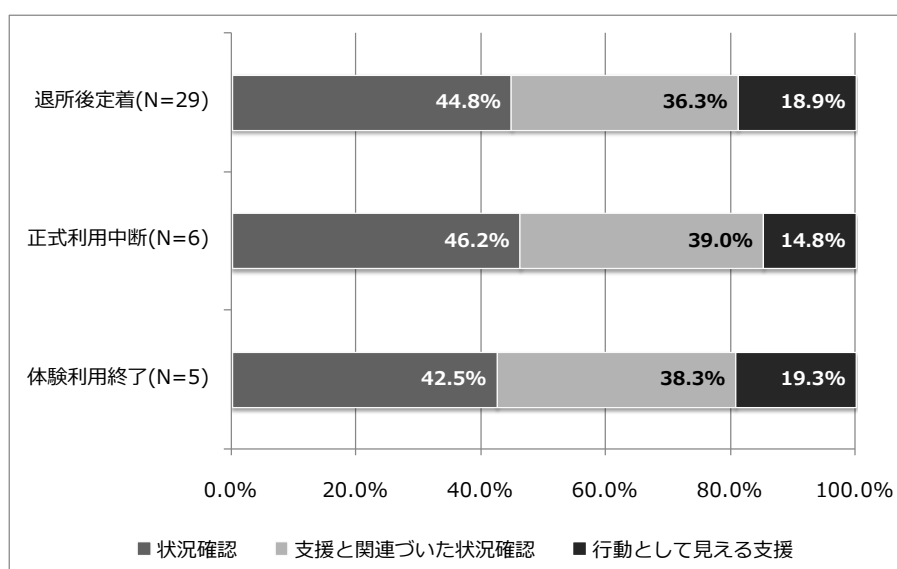
第1節 「体験利用終了事例」の特徴

「体験利用終了事例」がなぜ正式利用につながらなかったのかを検討するために、体験利用期間中のデータに基づいて分析を行った。

第1項 「みまもり」頻度の分析

昨年度調査において、その重要性を指摘した「みまもり」すなわち「状況確認」について、体験利用期間中に、「退所後定着事例」と、「正式利用中断事例」、「体験利用終了事例」との間で差異があるかどうかを検討した。

まず、体験利用期間中の支援頻度を利用者ごとに算出し、次に利用者ごとに、全体頻度に対する「状況確認」「支援と関連づいた状況確認」「行動として見える支援」それぞれの頻度の割合を算出した。最後に利用者の結果（「退所後定着事例」「正式利用中断事例」「体験利用終了事例」）ごとに、頻度の割合の平均値を算出した。その結果が図1である。



図表 2-3-1 利用者の結果ごとの状況確認頻度割合

¹⁷ 「退所後再入院事例」に関しては、サンプルが2と少ないため除外した。

この結果を見ると、「退所後定着事例」において「状況確認」と「支援に関連づいた状況確認」が、支援全体の 81.1%を占めている。一方、「正式利用中断事例」では 85.2%、「体験利用終了事例」では 80.7%であり、大きな差異は見られなかった。

このことから、支援する側の「みまもり」を重視するという姿勢は、利用者の結果の如何を問わず、差異がないと言える。

第2項 支援項目の差異

次に、それぞれの支援ごとに頻度の割合の平均値を算出した¹⁸（図表 2-3-2¹⁹）。

（単位：[%]）	体験利用終了 (N=5)		正式利用中断 (N=6)		退所後定着 (N=29)
入所時対応	4.6	(1.0)	4.4	(1.0)	4.6
日常生活	26.4	(1.0)	24.2	(0.9)	25.8
家族	0.2	(0.3)	0.0	(0.0)	0.8
退所時対応	2.6	(1.4)	2.9	(1.5)	1.9
住居	0.1	(0.4)	0.3	(2.2)	0.1
医療（精神科以外）	0.9	(1.4)	0.7	(1.1)	0.6
相談	5.4	(1.0)	5.3	(1.0)	5.4
プログラム	5.6	(0.7)	4.5	(0.6)	7.7
医療（精神科）	2.4	(3.6)	3.9	(6.0)	0.7
関係機関	5.8	(1.4)	4.6	(1.1)	4.0
状況確認	42.5	(0.9)	46.2	(1.0)	44.8
社会生活	3.0	(0.9)	2.5	(0.7)	3.4

「体験利用終了」と「正式利用中断」の左列は支援頻度割合 [%]

右列（カッコ内）は「退所後定着」との比率（単位：[倍]）

図表 2-3-2 利用者の結果ごとの支援頻度割合

これを見ると、「体験利用終了事例」と「正式利用中断事例」では、体験利用中に「医療（精神科）」の割合が大きい（「体験利用終了事例」：2.4%、「正式利用中断事例」：3.9%）が、「退所後定着事例」では「医療（精神科）」の支援がほとんど行われていない（0.7%）。「退所後定着事例」に比べ、「体験利用終了事例」では 3.6 倍、「正式利用中断事例」では 6.0 倍の頻度で「医療（精神科）」の支援が行われている。一方、他の支援は、「家族」「住居」を除くと²⁰、退所後定着事例」と比べて、0.7～1.5 倍と、頻度には大きな差が見られず、「医療（精神科）」以外の支援に関しては、どの場合にも同程度行われていると言える。

¹⁸ 利用者ごとに頻度の割合（（各支援の頻度）÷（支援頻度合計））を算出し、それを平均した。利用者全体の支援頻度合計を分母としなかったのは、利用者によって支援頻度合計値の差が大きく、支援頻度合計値が多い利用者の傾向に全体の結果が引っ張られるためである。

¹⁹ ここでは「支援と関連づいた状況確認」はそれぞれの支援に含まれる。

²⁰ 「家族」の多寡は利用者個人に依存する部分が大きく、「住居」は「正式利用中断」の場合、病院への外泊も含まれ、アパート設定等の「住居」とは同列に扱えない。そのためこれら二つを除外した。

さらに「医療（精神科）」の項目について、実際の記載内容について検討した。その結果、「退所後事例」では、「医療（精神科）」に分類される記述は、「外出（病院）」、「診察同席」がほとんどで、他には「廊下をうろうろしている」といった記述がわずかにある程度であった。

一方、「体験利用終了事例」では、妄想の記述（「寝ると死んでしまう」、「家族の命が危ないんです」、「人を殺して食べてしまった」）や、精神症状や身体症状の悪化が顕在化している記述（「なにかしようと思ってもおっくうでできない（と話す）」、「雨の日に傘を持たずに外出する」、「呂律が回らない」、「かなり右腕の震えが出ている」、「手を震わせている」、「警察に電話をした」）などが見られた。このことから、体験利用で利用を終了した利用者は、正式利用に至った利用者と比べて、不安定な病状に関する記述が多いと言える。

第3項 まとめ

以上の結果をまとめると、「みまもり」に関しては、結果の如何によらず変わらない頻度で行われていた。これは、「みまもり」が少なく、利用者の症状の変化に気付けなかったために正式利用に至らなかった、あるいは、元々他の利用者よりも症状が不安定であり、通常以上に細やかな「みまもり」が必要であった、といった仮説は当たらない。前者の仮説であれば「みまもり」の頻度は他の利用者より少なくなるはずだし、後者であれば逆に「みまもり」の頻度は多くなるはずだからである。

それぞれの支援頻度を「退所後定着事例」と比較すると、他の支援は大きく頻度が変わらないのに対し、「医療（精神科）」の支援頻度が多いという結果であった。また、記載内容からも、妄想の記述や症状悪化の記述が見られ、病状が不安定であった（または不安定になった）ために、正式利用に至らなかったと考えられる。

第2節 正式利用中の支援頻度とカンファレンス内容の分析

続いて、「正式利用中断」ケースの6ケースを個別に見ることとした。図表2-3-4a～図表2-3-4fでは、個人記録を個別にグラフ化した。正式利用開始からの経過週を横軸に取り、縦軸は各支援項目の頻度割合を取った。すなわち、支援項目ごとにその頻度を週単位で集計し、正式利用期間を通じた合計頻度で除した値である。

全体を通して見られる特徴として、支援終盤に「病院への外泊²¹」が増加している。また、「医療（精神科）」の支援が多く、一方で「日常生活」「社会生活」といった支援があまり増加しないという点も特徴と言える。

また、図表2-3-5a～図表2-3-5fでは、「支援会議資料」に見られる特徴的な記述を抜粋した。その結果、図表2-3-3に見られるような項目が中断に至った理由として挙げられる。

現実検討	金銭管理が自身でできない 自らの行動の振返りができない 人間関係がうまく保てない 生活リズムを保てない 服薬管理ができない
職員との関わり	職員との交流・支援を拒否してしまう 職員に相談できない
ルール違反	飲酒を行う（当施設では禁止されている）
家族関係	家族の意向が転変する 家族が受入れを拒否する

「症状悪化」による中断については、その背景に上記の4つの理由が認められたため、ここでは除外した

図表2-3-3 中断に至った理由の分類

²¹ 支援分類では「住居」に分類されるが、個別にデータを見た結果、これらの支援は、症状悪化に伴う病院への外泊であったため、便宜上、この節では項目名を「病院への外泊」に変更している

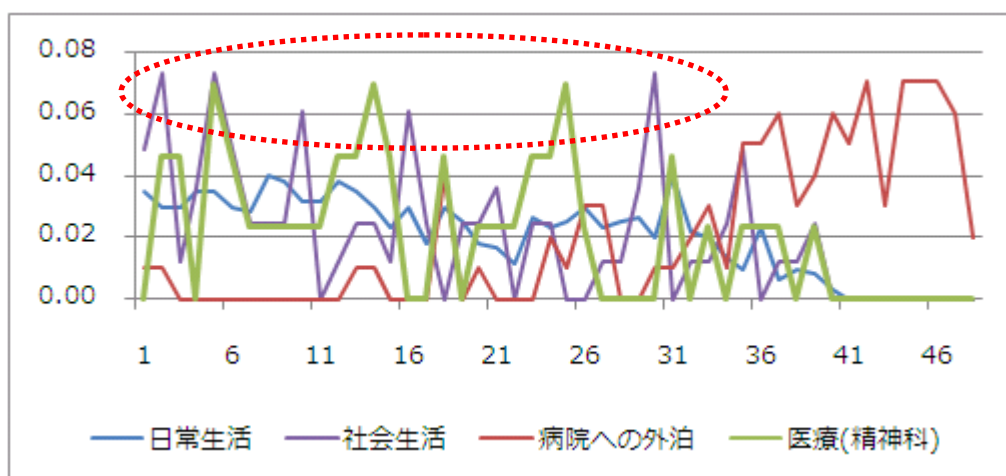
第1項 個別事例の分析

(1) ケース1

病名	統合失調症
直近入院期間	1413日
延べ利用日数	331日

1番目のケースでは、個人記録（図表 2-3-4a）を見ると、「日常生活」支援は、利用期間を3等分した際に、最初の1/3に全体の52%、次の1/3に全体の38%、最後の1/3に全体の10%の支援が投入されており、経過時間とともに徐々に減少している様子が見られる。しかし、それに伴う「社会生活」支援の頻度が上昇しておらず、「社会生活」支援の集中時期（2週目、5週目、10週目、16週目、30週目）と「医療（精神科）」の集中時期（5週目、14週目、25週目）が交互に現れている。

カンファレンス記録（図表 2-3-5a）を見ると、特に「金銭」に関する課題が見られる。「金銭」の管理に問題があることに加え、自己の振返りが十分でなく、支援の目が届きにくい状態になると逸脱してしまい、入院となっている。



図表 2-3-4a

支援会議	記述内容
初回	特徴的な記述なし
3か月	現実検討（金銭）「金銭の使い方について「欲求優先の思考」」
6か月	現実検討（金銭）「非現実的な願望がかなうまでの“がまん”」 現実検討（金銭）「その日暮らし的なやり繰りがせいぜい。第三者の枠付けが必要」
9か月	特徴的な記述なし
退所時	現実検討（生活リズム）「アパート設定し、自由度が高くなると逸脱してしまった」 現実検討（振返り）「ある程度「ガマン」できていたが、それは「ガマンさせられていたから」か」 症状悪化「試泊開始以降妄想的な訴えが続いていた」

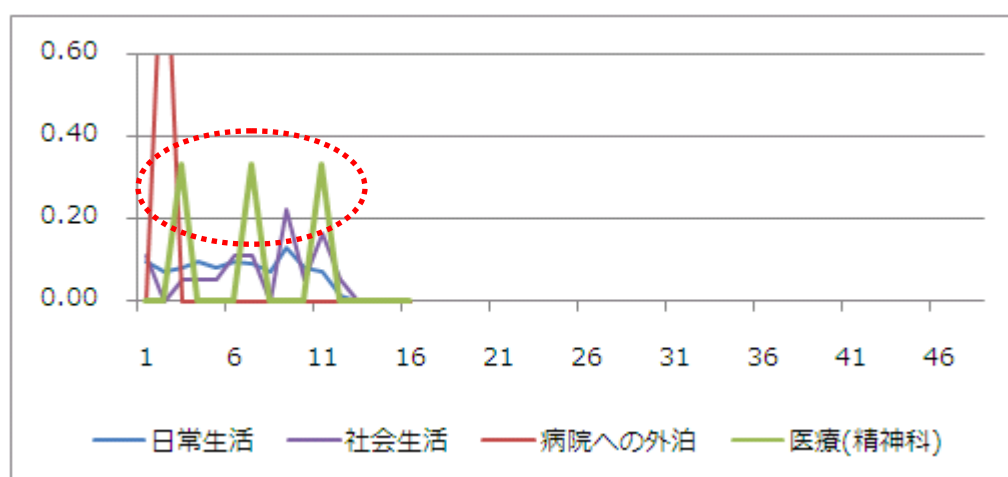
図表 2-3-5a

(2) ケース 2

病名	統合失調症
直近入院期間	638 日
延べ利用日数	105 日

2 番目のケースでは、個人記録（図表 2-3-4b）を見ると、最初のケースと同様に、度重なる「医療（精神科）」の支援（3 週目、7 週目、11 週目）が優先されて、「社会生活」支援が継続的にできなくなっている。

一方、カンファレンス記録（図表 2-3-5b）からは、昼夜逆転状態が続いたことが記されている。更に病状悪化ではなく、ルール違反によって退所・入院となっている。



図表 2-3-4b

支援会議	記述内容
初回	現実検討（生活リズム）「ショートステイ利用時から昼夜逆転」
3 か月	現実検討（金銭）「金銭の使い方について「欲求優先の思考」」
退所時	現実検討（生活リズム）「ショートステイ利用中に一度好転するも、正式利用開始後再び昼夜逆転」
	ルール違反「飲酒禁止のルールを破ったため入院・退所」

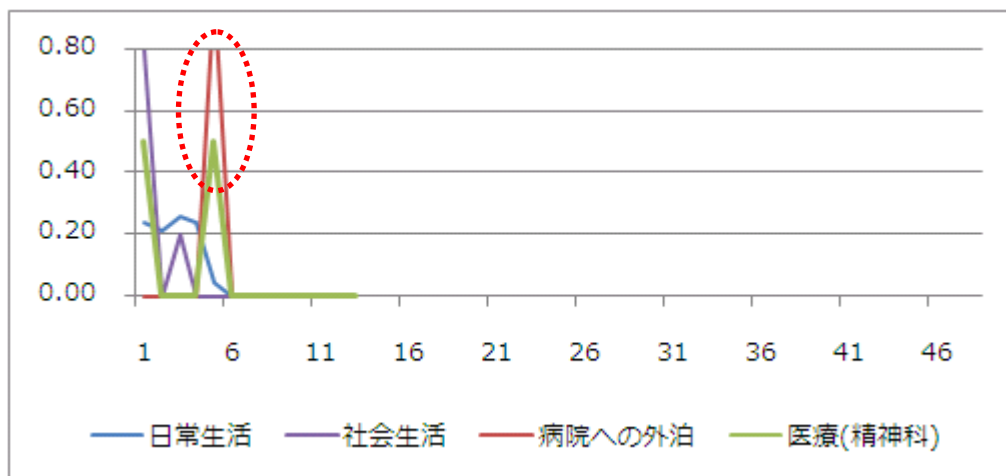
図表 2-3-5b

(3) ケース 3

病名	統合失調症 知的障害
直近入院期間	765 日
延べ利用日数	74 日

3 番目のケースの個人記録（図表 2-3-4c）を見ると、わずか 74 日の利用であったが、5 週目の「病院への外泊」「医療（精神科）」によって他の支援が中断してしまい、そのまま再入院となっている。

カンファレンス記録（図表 2-3-5c）を見ると、「援助を受け入れられない」「相談できない」というように、職員とうまく関わることができずに入院となってしまっている。



図表 2-3-4c

支援会議	記述内容
初回	特徴的な記述なし
退所時	症状悪化「入所段階でうつ状態だったのでは」
	職員との関わり「プライドも高く援助を受け入れることが困難」
	職員との関わり・症状悪化「相談しようと思ったけれども体調が悪くて相談できなかった」

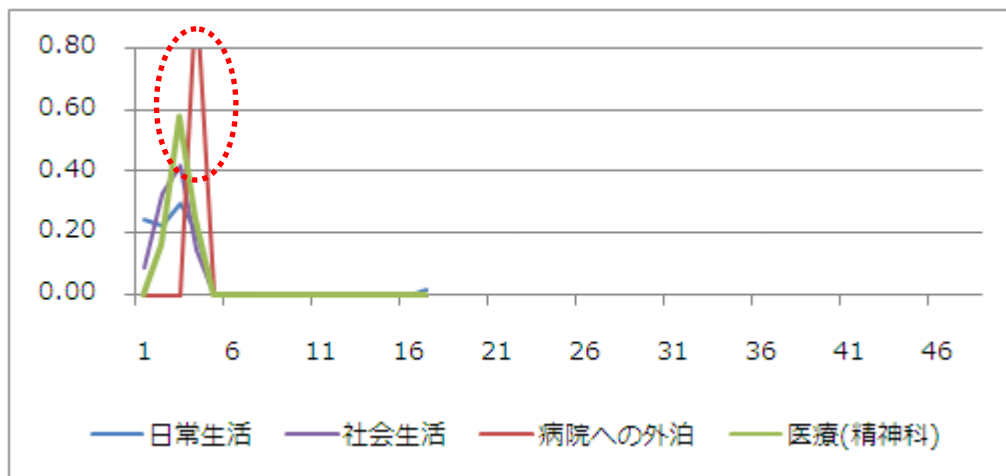
図表 2-3-5c

(4) ケース 4

病名	統合失調症
直近入院期間	1532 日
延べ利用日数	37 日

4 番目のケースの個人記録（図表 2-3-4d）を見ると、「医療（精神科）」の支援が 4 週目、「病院への外泊」が 5 週目と、早い時期に現れ、そのまま再入院となっている。

カンファレンス記録（図表 2-3-5d）を見ると、金銭をはじめとして自己の振返りが十分にできず、周囲のサポートがあってもなお、自身を抑えることができなかった。自己の振返りが不十分という点では 1 番目のケースに通じるものがある。



図表 2-3-4d

支援会議	記述内容
初回	現実検討（振返り）「注意を受けたことに対し自身の振返りができず不満となる」
退所時	現実検討（生活リズム）「入所翌日より帰宅は連日遅い」
	現実検討（金銭）「金銭感覚も修正困難な様子」
	家族関係「父との距離が（双方向）保てない様子」

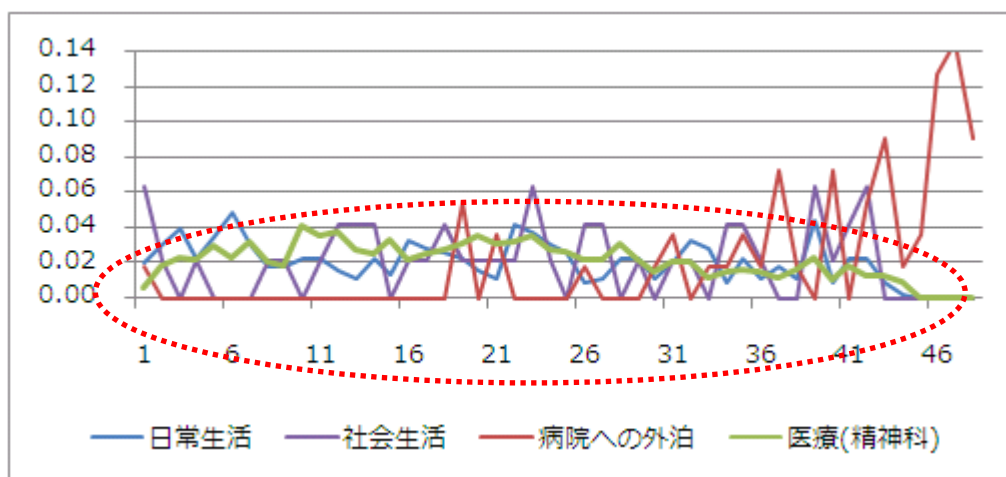
図表 2-3-5d

(5) ケース 5

病名	統合失調症
直近入院期間	1384 日
延べ利用日数	333 日

5 番目のケースの個人記録（図表 2-3-4e）を見ると、入所当初の 1 週目から 44 週目まで「医療（精神科）」の支援が連続的に行われている。この「医療（精神科）」は独語に関する記述であり、この傾向は体験利用中から見られていた。また、「病院への外泊」は 19 週目に初めて発生し、その後、21 週目、26 週目、30 週目、31 週目と断続的に発生している。その後、37 週目以降急増している。

カンファレンス記録（図表 2-3-5e）を見ると、独語や調子の波といった点も問題であったが、職員との関わりを拒否する傾向があり、最後は怠薬で入院となっている。



図表 2-3-4e

支援会議	記述内容
初回	症状悪化「独語が目立ち、スタッフから声掛け」
3 か月	症状悪化「調子の波がある。独語は続いている」
	家族関係「家族の意向は退所後入院」
6 か月	現実検討（金銭）「菓子やデザート、外食にお金がかかっている（予算オーバー）」
	症状悪化「独語も波はあるが、激しく怒鳴っているようなときも度々あり」
	職員との関わり「生活に関してスタッフの介入を拒否、一方、交渉事はスタッフがしてくれると思っている」
9 か月	現実検討（服薬）「服薬を忘れることが間々ある」
退所時	職員との関わり「スタッフとの関わりを拒否する傾向が強くなる」
	現実検討（生活リズム）「予定外に自宅に外泊することが増える」
	現実検討（服薬）「内服を確認すると 6 日にわたり飲んでおらず、任意入院」

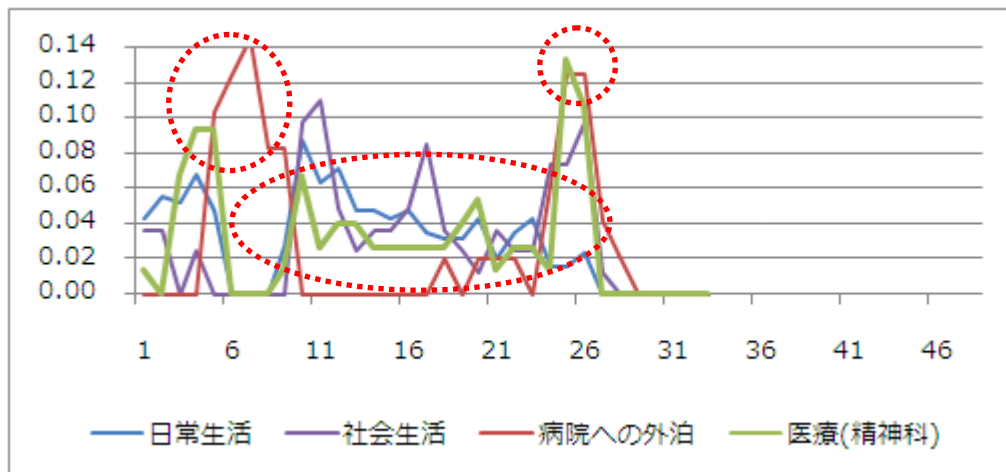
図表 2-3-5e

(6) ケース 6

病名	統合失調症
直近入院期間	923 日
延べ利用日数	192 日

6 番目のケースの個人記録（図表 2-3-4f）を見ると、これまで見てきたケースの特徴が複合的に現れている。入所間もなく、「医療（精神科）」が 4、5 週目、「病院への外泊」が 6、7 週目に、それぞれピークを生じ、その後も連続的な「医療（精神科）」の支援が現れている。最終的には、「医療（精神科）」と「病院への外泊」が 25、26 週目にピークとなり、そのまま退所・入院となってしまっている。

カンファレンス記録（図表 2-3-5f）では、体調不良の訴えが頻繁で入院している。その後、「次に入院するには退所」という約束がなされ、実際に症状の波が大きく、入院となったため退所となった。



図表 2-3-4f

支援会議	記述内容
初回	職員との関わり「困ったことを自分から言ってこられない様子」
3 か月	症状悪化「体調不良の訴えが頻繁で休息入院」
	現実検討（人間関係）「デイケアの女性メンバーと共依存のような関係」
6 か月	特徴的な記述なし
9 か月	特徴的な記述なし
退所時	特徴的な記述なし

図表 2-3-5f

第2項 まとめ

このように、正式利用中断したケースを個々に見てみても、個人記録からは「日常生活」から「社会生活」、「住居」といった一連の流れは見えない。「日常生活」支援に関しては、初期に多く徐々に減少するという傾向が見られるケースもあり、「日常生活」に関しては通常と変わらない支援が行えている可能性もあるが、「社会生活」支援に関しては、集中的に支援する期間が全く見られない。

一方、多くの事例で「医療（精神科）」の支援が全期間にわたって行われており、また「住居」支援が最終期を中心にピークを見せている。この「住居」支援は単身生活に向けたアパート設定やグループホームの見学等ではなく、病院への外泊によるものである。つまり、病状の増悪によって、センターに籍を置きながらも病院に宿泊するケースが増え、最終的に再入院となってしまうことを示している。

当然のことながら、症状が悪化した場合においては、最優先されるべきは「医療（精神科）」の支援である。そこで「医療（精神科）」の支援を集中的に行わないと、地域生活それ自体の継続が危うくなり、以降の支援につながっていかない。寧ろ、福祉施設である生活訓練施設であるからこそ、医療機関との連携を深め、情報を共有し、適切な治療につなげるための支援や介入を積極的にしていることが表れている。

「医療（精神科）」の支援には、例えば「日中プログラム中、顔色が悪い」というように、別の支援の最中に目についた利用者の変化については含まれていない。よって、病状が悪化する前段階で利用者の状況をつかみ、対応することができていれば、「医療（精神科）」の支援は増加しない。すなわち、それぞれの支援段階で、利用者の小さな変化に気づき、早期の対応ができれば、利用者が地域生活に移行できる可能性があるということも示唆される。これには、利用者の状態を把握する力といった担当する職員の力量に依存する部分も大きいと考えられる。

その点で、カンファレンス記録を見てみると、中断事例の6ケースのうち3ケースで「職員との関わり」に問題が見られ、5ケースで「現実検討」に問題が見られた。すなわち、中断再入院に至る利用者の多くは、職員との関わりを拒んだり、自分自身が問題意識を持てなかったりといった状況であり、利用者自身と職員が地域生活への移行に向けての課題を把握し共有しにくい状態にあったと言える。

第3節 体験利用終了事例・正式利用中断事例に関する考察

体験利用のみで終了してしまう事例も、正式利用後中断してしまう事例も、直接の要因は病状悪化による「入院」である（ルール違反を除く）²²。これは、個人記録において「医療（精神科）」の支援・状況確認が多いことから裏付けられる²³。しかしながら、特に「正式利用中断事例」では、その前段階として「職員との関わり」や「現実検討」といった側面が重要であることがカンファレンス記録から示唆されている。

利用者自身が生活課題や病識についてしっかりと認識し、改善しようとするのであれば、そして生活訓練施設の意味を理解し、職員に助けを求めることができれば、職員はそのための支援が可能となるし、仮に自分の力で改善できない生活課題であっても、地域資源を利用する等の代替案によって地域生活移行につなげていくことができる。

逆に言えば、職員との関わりを拒否したり、支援を受け入れなかったり、あるいは、病識や生活課題に対する意識が希薄だったりすると、どんなに周囲が生活課題を把握していても、改善は難しいと考えられる。その結果、再入院を繰り返したり、退院できなくなっていたり、といった「回転ドア現象」と言われる状態を招くこととなると考えられる。

では、このように生活課題あるいは病識に対して、利用者が自己認識できていない場合にはどうすればよいのだろうか。

第一に、職員自身が明確に生活課題を捉えることである。支援会議を通じて、生活訓練施設だけでは把握することの難しい多面的な情報を得ながら、利用者一人ひとりの生活課題を明確にする。そして、その生活課題とそれに対する支援方針を関係者で共有し、利用者に対する支援が多面的で一貫したものとなるようにする。この点に関しては、定期的な支援会議をはじめ、職員間での情報共有を密に行うことで、現状でもできる限り対応していると言える。

第二に、利用者自身の自覚を促すことである。どんなに職員間で情報の共有が図られ、一貫した支援方針が得られても、利用者にその自覚がない場合には改善につながらない。生活訓練施設は、職員が具体的な生活場面に立ち会い、付かず離れずの距離を保ちながら日常生活についてのアセスメントを行い、その上で必要な時は介入や支援を行うのが特徴である。その利点を活かし、利用者本人が何らかの問題意識を持ったり、利用者に変化が見られたりといったちょっとしたタイミングを敏感に捉え、その問題意識や変化をうまく活用して、生活経験に基づくからこそ説得力がある言葉や態度で支援につなげていくことが重要である。

また、本人の変化をタイミング良く捉えることで、病状悪化の芽に早期段階で気づき、ここでいう「医療（精神科）」の支援に至る前に対応することもできる。そうすることで、「入院」とならず生活課題に関する支援を継続できる可能性も高まると言える。

こういったちょっとした変化を捉えるためには、職員が高い意識を持つことももちろんだが、何より経験を積むことが重要なのではないだろうか。様々な利用者を見て、様々な支援を行うことで蓄積される経験は、より敏感に利用者の変化を捉え、適切な支援を検討するために必要だと考えられる。また、経験は、経験者とともに支援を行うことでも蓄積される。経験豊富な職員が若い職員に自身の経験を伝えていくことも重要であろう。

²² これは今回調査対象となった事例に限ることではなく、当施設は、医療的な判断として入院となるか、当施設で決められたルールに違反するかのいずれかの場合にのみ利用中断となる。

²³ 図表 2-3-4a～2-3-4f を参照のこと。

第三に、医療機関との連携を密にすることである。生活課題は地域生活の中で初めて現れるものであり、治療環境である入院中にはそれらの生活課題が明らかにならないことが多い。一方で、利用者の病識を深めたり、症状が悪化したときの対策を検討したりすることで、利用者本人に支援を受け入れる構えを作るのは医療機関だからこそ可能なことである。生活訓練施設利用中に明らかになったアセスメントを医療機関と共有し、医療機関には、入院中から退院後を想定した治療、入院治療の範囲と外来治療の範囲の区分け、病状や障害に関する気づきに対しての本人の理解の深化、といったことを目的に治療を行ってもらう。その上で、生活訓練施設では、どの点を改善すれば地域生活移行が可能になるのか（言い換えればどの点は地域での支援で代替できるのか）を明確に見極め、利用者との間にコンセンサスを得て、支援を行う。医療機関による治療と生活訓練における支援をうまく連携させることで、利用者の意識にはたらきかけ、より有効な支援が可能となると考えられる。

第4章 退所後定着事例の再分析

昨年度調査では、退所後定着事例に関して、「日常生活」→「社会生活」「住居」という支援フローが見られること、またカンファレンス（支援会議）の開催を契機として支援内容が変化していることが示唆された。

昨年度調査の方法は、利用期間を標準化²⁴し、退所後定着事例 28 事例の平均²⁵をとるというものであった。これは、当施設の標準的な支援フローを見出すための処置であった。すなわち、特定の利用者に対する特別な支援を見たいのではなく、基本的な支援の流れを把握したいとの意図であった。

一方で、生活課題は利用者ごとに異なる。その生活課題を明確化し、支援の方針を検討する場が支援会議である。そこで、本調査では、支援会議の内容がその後の支援内容にどのように影響を及ぼしているかについて検討した。

第1節 分析方法

支援会議資料は、「生活スキル」「金銭管理」「服薬」「通所」「家族」「対人関係」「支援計画」のように項目ごとに、利用者の状態や今後の方針が記載されている。特に利用者の状態に関しては、支援者が「できている」のか「できていない」のかを判断しており、それが今後の支援を決定する上での検討材料となっている。そこで、退所後定着事例 28 事例それぞれについて、記載された項目を図表 2-4-1 のように分類し、記載内容について図表 2-4-2 の基準に基づいて判定を付加した。

分類項目	支援会議資料における項目
日常生活	生活スキル（掃除、洗濯、食事等ができているか） 通所（きちんと通所できているか）
家族	家族（両親や兄弟等、家族との関わり方、家族からの関わり方）
金銭	金銭（浪費をしていないか、節約して生活できているか）
服薬	服薬（怠薬していないか）
社会生活	対人関係（通所先や友人、メンバーとの付き合い方）
住居	支援計画の項目で、「アパート」、「グループホーム」等、具体的な計画が初めて出てきた場合 （「単身生活」「地域生活移行」は対象外）

図表 2-4-1 項目の分類

²⁴ 利用者によって正式利用期間が異なるため、正式利用入所日を 0、退所日を 100 として各利用者の利用期間を標準化した。

²⁵ より正確に言えば、支援分類ごとに投入頻度の差が大きかったため、標準化した 1 単位時間あたり、ある支援分類の支援に関して、全く支援が行われていない場合を 0、最も行われている場合を 1 として支援投入頻度を標準化し、更にデータノイズ除去のために 5 単位時間あたりの移動平均をとった。

地域定着事例は、29 事例あるが、4 週間の短期入所であった 1 事例はカンファレンス内容の変化が追えないため除外し、28 事例を対象とした。

+	「できる」「問題ない」「こなせている」等 十分できている旨の記載がある場合
-	「心配」「不十分」「苦手」等 問題点として挙げられている場合
±	同一カンファレンスにて、同一支援項目で 「+」と「-」がどちらも存在する場合

「住居」に関しては、具体的な計画が初めて出てきた場合のため、「+」「-」は付加していない

図表 2-4-2 判定基準

また、支援会議資料における記述と実際の支援内容との関係性を見るために、退所後定着事例 28 事例について、個別に支援頻度を算出した²⁶。

第2節 分析結果

第1項 支援会議と支援のタイミング

支援会議のタイミングと何らかの関係があると考えられる支援は「日常生活」と「住居」であった。「社会生活」に関しては、支援会議を契機として増減するという傾向が見られなかった（「社会生活」に関しては後述する）。「日常生活」と「住居」の支援頻度の増減と、支援会議のタイミングとの関係は大きく三つのパターンに分類される。

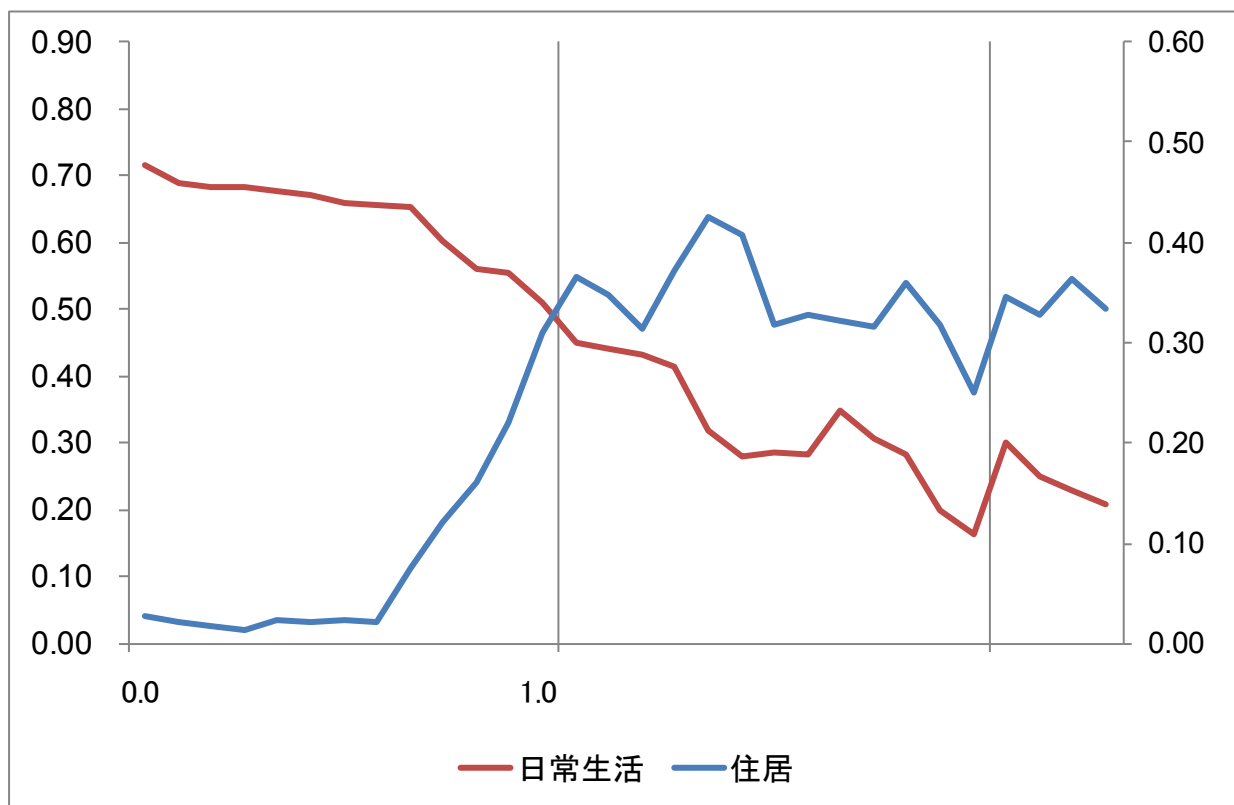
²⁶ データノイズが大きかったため、週ごとの支援頻度の合計を用いた。ある支援分類の支援に関して、その週に全く支援が行われていない場合を 0、最も行われている場合を 1 とし支援投入頻度を標準化した。

(1) パターン 1

一つ目は、あるカンファレンスを契機に「日常生活」が減少し「住居」が増加するパターンである（図表 2-4-3a）。「日常生活」の減少が先立ち、その後「住居」の増加が現れる場合も含まれる。全 28 事例中 15 事例がこのパターンに当てはまる。

カンファレンス記録（図表 2-4-4a）を見ると、15 事例中 6 事例で、「日常生活＋」と「住居」が同時に現れている（F、H、I、J、K、L²⁷）。また 15 事例中 4 事例で「日常生活＋」が現れた次のカンファレンスで「住居」が現れている（D、E、G、O）。これらのケースでは、「日常生活」に関してある程度できるようになったと判断された結果、住居設定が具体化していったものと思われる。

残りの 5 事例のうち、2 事例はそもそも「日常生活」に関する言及がなく、当初より「日常生活」に関して問題がなかったことが示唆される（A、N）。2 事例は「住居」の具体的な言及がないものの、「日常生活」の好転は見られる（C、M）。



横軸は相対時間（入所を 0.0、住居増加の直前のカンファレンスを 1.0）

縦軸は頻度割合の平均（日常生活は左軸、住居は右軸）

（以下、図表 2-4-3c まで同じ）

図表 2-4-3a モデル²⁸（パターン 1）

²⁷ これらの記号は、図表 2-4-4 におけるケースを表わす。また、巻末に添付した退所後定着事例 26 事例それぞれの記号とも一致している。

²⁸ まず、各利用者の週次の頻度割合（週ごとの頻度が最も大きいものを 1.0 とした相対値）を算出した。次に、入所のタイミングを 0.0、「住居」の頻度割合が最大となる直前のカンファレンスのタイミングを 1.0 とし時間軸の標準化を行った。その上でそれぞれの利用者のデータの平均をとった。

図表 2-4-4a パターン1のカンファレンス記録

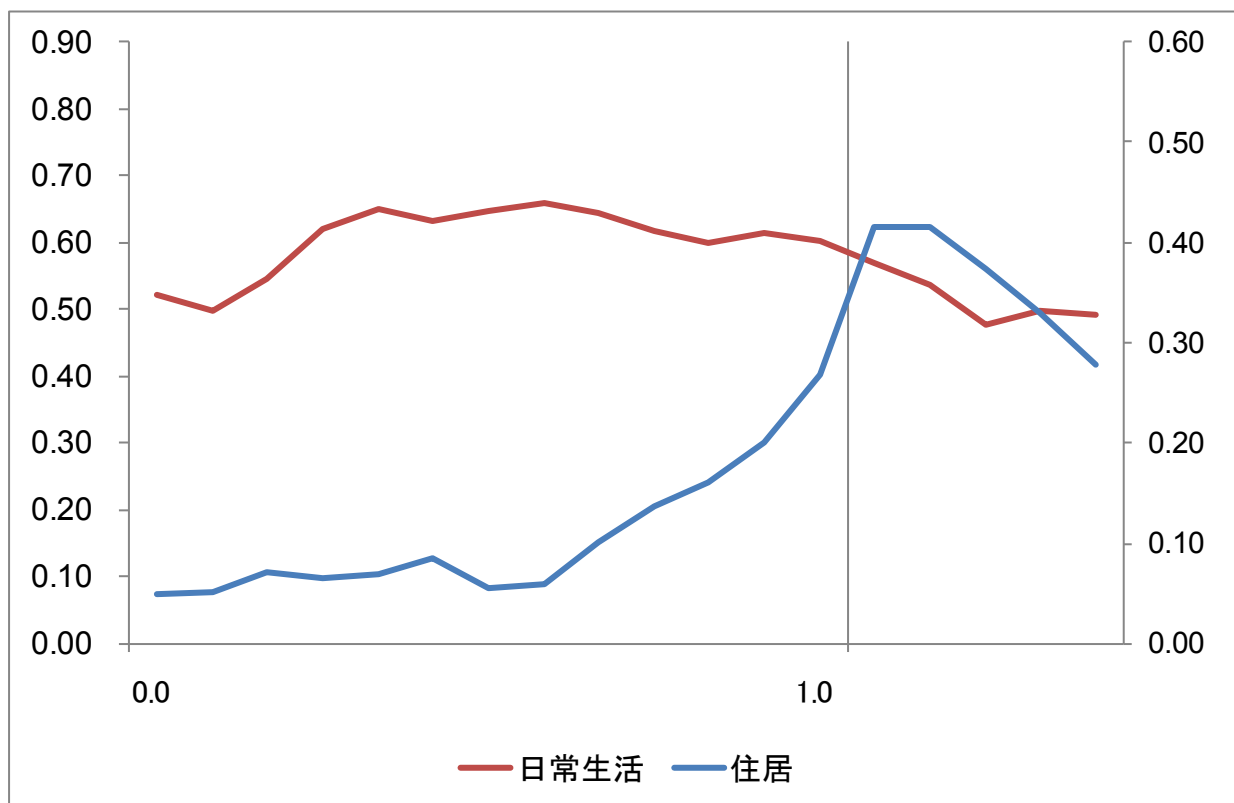
ケース	初回	3か月	6か月	9か月	退所時	結果
A	金銭± 社会生活± 住居	金銭± 社会生活±			金銭±	アパート
B	家族+ 服薬+	日常生活- 家族+ 社会生活- 住居			日常生活+ 家族+ 社会生活+	アパート
C	日常生活±				日常生活+ 家族±	グループホーム
D	日常生活- 社会生活+	日常生活+ 服薬+ 社会生活+	日常生活- 服薬+ 住居	日常生活±	日常生活+	アパート
E	日常生活+ 金銭-	日常生活+ 金銭- 住居			日常生活+ 金銭- 家族-	アパート
F	日常生活- 服薬-	日常生活± 服薬+	?	日常生活+ 住居	日常生活+ 家族+	アパート
G	日常生活+ 社会生活-	日常生活- 金銭+ 社会生活- 住居			社会生活-	グループホーム
H	日常生活- 服薬+	日常生活- 服薬+ 社会生活-	日常生活+ 社会生活- 住居	?	日常生活±	アパート
I	日常生活+ 金銭+ 社会生活+ 住居	日常生活+ 社会生活-			日常生活+ 家族+ 社会生活±	アパート

ケース	初回	3か月	6か月	9か月	退所時	結果
J	日常生活＋ 金銭＋ 住居	日常生活＋ 社会生活＋			日常生活＋	アパート
K	家族－	金銭＋ 家族－	日常生活＋ 金銭＋ 社会生活± 住居		日常生活＋ 家族－ 社会生活＋	アパート
L	金銭－	日常生活＋ 金銭＋ 住居	日常生活－		日常生活－ 社会生活－	アパート
M	日常生活－ 社会生活－	日常生活＋ 社会生活±			家族－ 社会生活＋	グループホーム
N	家族＋ 社会生活＋	社会生活－ 住居	社会生活－	社会生活＋	？	アパート
O	日常生活± 社会生活±	日常生活＋ 社会生活±	日常生活＋ 社会生活－ 住居		日常生活＋ 社会生活－	アパート

本来行われているはずのカンファレンスの記録がない場合、「？」としている

(2) パターン2

二つ目は、あるカンファレンスを契機に「住居」は増加するものの、「日常生活」に関しては減少が見られないというパターンである（図表 2-4-3b）。全 28 事例中 7 事例がこのパターンに当てはまる。カンファレンス記録（図表 2-4-4b）を見ると、8 事例中 2 事例で、「住居」が現れた後に「日常生活+」が現れている（P、U）。また 4 事例では一度「日常生活+」が現れた後に、「日常生活±」が現れている（R、S、V）。これらのケースは、「食事の調達や洗濯などはできているが、掃除機がけや水周りの掃除などはなかなかできない」、「スキル自体は高く、自信も持っている。それ故に一人で動いてしまうところがある」（ともに退所時のカンファレンス記録より）のように、部分的にはできているため、住居設定に至ったが、まだチェックすべきポイントが残っているようなケースや、当初の課題は十分にできたため、次の課題が設定されて、その課題が十分できていないようなケースである。この場合、退所後も「日常生活」の支援が継続できるように、デイケアやホームヘルプに引き継ぐことで、地域定着となっている。



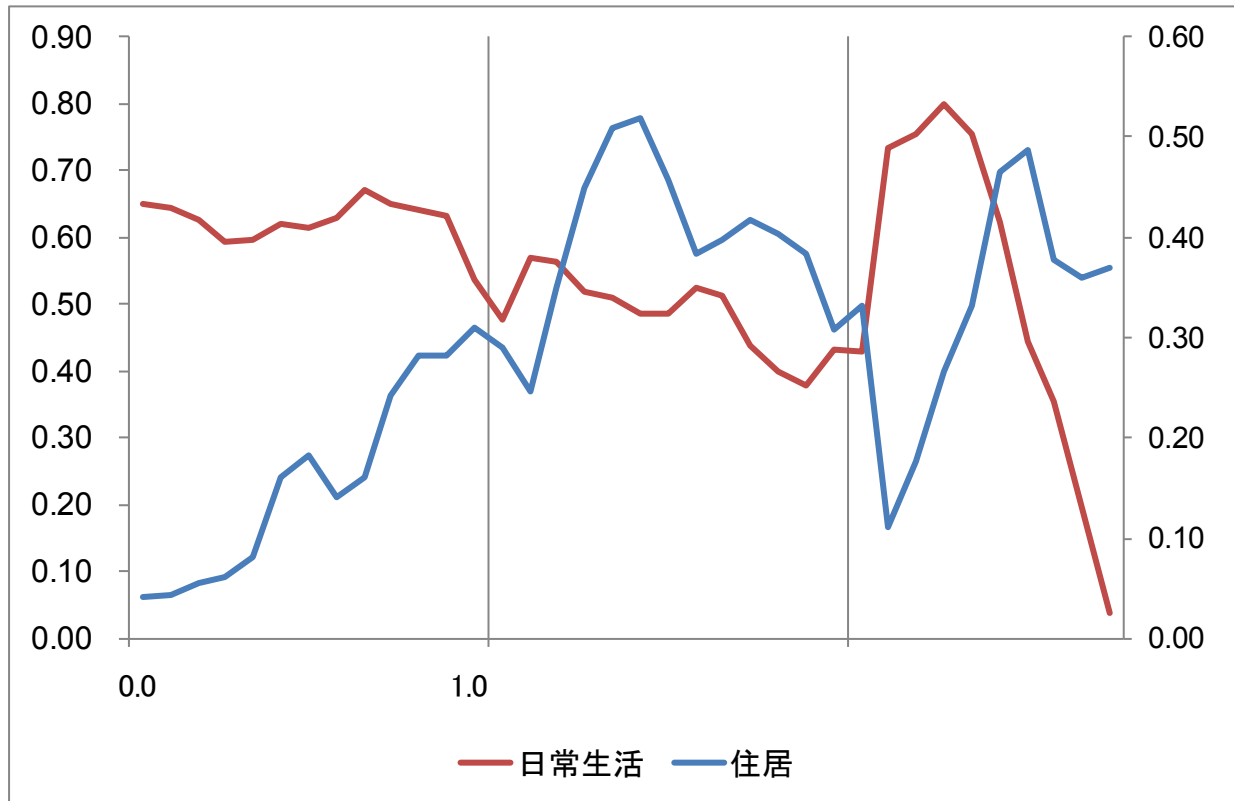
図表 2-4-3b モデル（パターン2）

図表 2-4-4b パターン2のカンファレンス記録

ケース	初回	3か月	6か月	9か月	退所時	結果
P	服薬－	家族＋ 服薬－	住居		日常生活＋ 服薬＋	グループホーム
Q	日常生活＋ 金銭＋ 住居	日常生活＋ 金銭＋ 服薬＋ 社会生活＋	日常生活＋ 社会生活－		日常生活± 服薬± 社会生活－	アパート
R	日常生活－ 金銭± 社会生活±	日常生活＋ 社会生活＋	社会生活± 住居		日常生活± 家族＋ 社会生活±	アパート
S	日常生活＋ 家族＋	日常生活＋ 社会生活＋ 住居			日常生活＋ 社会生活＋	アパート
T	日常生活＋ 金銭－	日常生活＋ 社会生活±			日常生活＋ 社会生活±	アパート
U	金銭－ 住居	？	家族－	日常生活＋ 服薬＋	日常生活＋ 金銭＋	アパート
V	金銭－ 服薬－	日常生活＋ 金銭± 住居	日常生活± 金銭－ 家族－		日常生活± 家族－	グループホーム

(3) パターン3

三つ目は、あるカンファレンスの前に一度「住居」の増加があり、その後、カンファレンスを契機に「日常生活」が減少、「住居」が増加するというパターンである（図表 2-4-3c）。全 28 事例中 6 事例がこのパターンに当てはまる。カンファレンス記録（図表 2-4-4c）を見ると、5 事例中 2 事例（W、X）は、当初の予定と最終的な帰来先が異なってしまったケース（グループホームからアパート、家族同居からアパート）である。3 事例（Y、Z、AA）は家族宅への外泊があるケースであり、最終的な帰来先の具体化に関しては、パターン1 と変わらない。



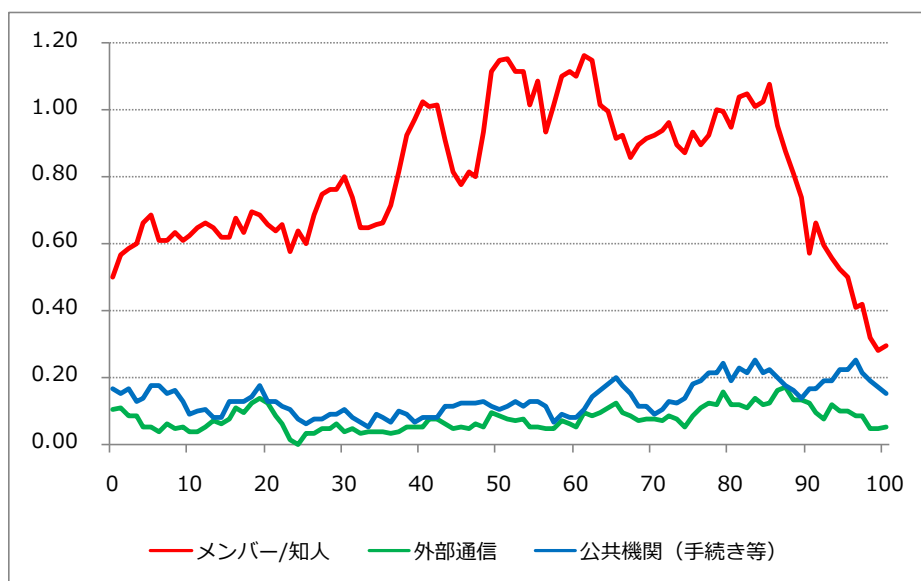
図表 2-4-3c モデル（パターン3）

図表 2-4-4c パターン3のカンファレンス記録

ケース	初回	3か月	6か月	9か月	退所時	結果
W	日常生活－ 家族－ 住居	日常生活－ 服薬－ 社会生活－	日常生活＋ 住居		日常生活±	アパート (当初グループホームを 検討)
X	日常生活＋ 社会生活＋ 住居	日常生活±	日常生活＋ 家族＋ 社会生活－ 住居	日常生活＋ 社会生活－	日常生活＋ 社会生活－	アパート (当初予定は家族同居)
Y	日常生活＋ 家族－ 服薬－ 住居	日常生活＋ 金銭－ 家族±			家族＋	家族同居
Z	日常生活± 社会生活＋	日常生活＋ 社会生活± 家族＋ 住居	日常生活± 社会生活± 家族＋		日常生活± 社会生活± 家族＋	アパート
AA	日常生活＋ 住居	日常生活＋ 金銭＋ 服薬＋			日常生活＋ 家族＋	アパート
AB	日常生活＋ 金銭＋ 服薬＋	日常生活± 家族－ 社会生活＋	日常生活＋ 家族－ 服薬＋ 社会生活＋		日常生活＋ 家族－ 社会生活＋	アパート

第2項 「社会生活」について

昨年度調査で「日常生活」の支援の後に増加が見られた「社会生活」の支援に関しては、支援会議との関係が見られない。では「社会生活」の支援はどのように推移しているのだろうか。「社会生活」には「医療／福祉スタッフとの人間関係」「メンバー／知人との交流」「外部との通信」「公共機関での手続き等」「就労に関する事柄」が含まれる。図表 2-4-5 は、退所後の地域定着事例 28 事例の「社会生活」の支援の内訳を時系列の支援頻度で表したものである。



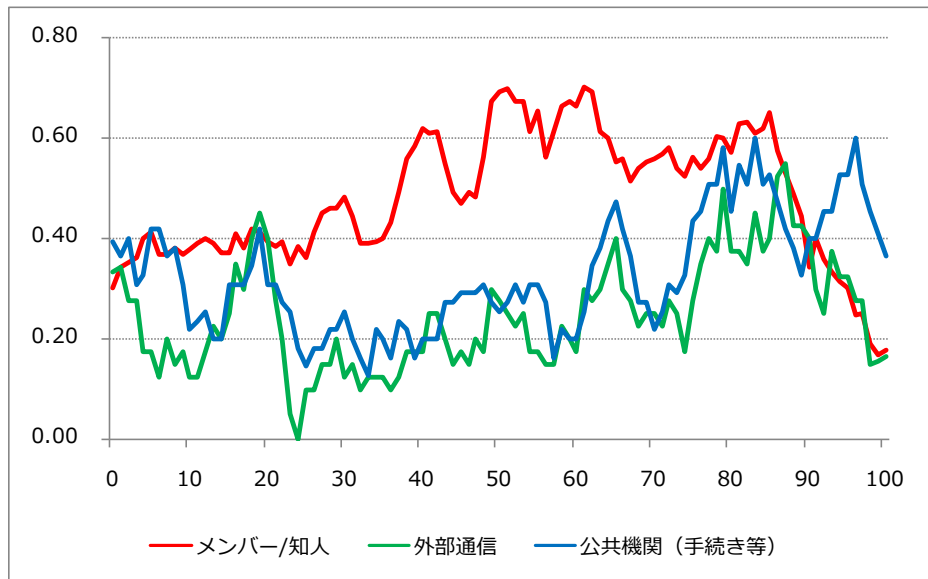
図表 2-4-5 「社会生活」の支援頻度の内訳²⁹

これを見ると、「メンバー／知人との交流」が圧倒的多数である（「社会生活」全体の頻度の 75% を占めている）。この「メンバー／知人との交流」は全体の 50～60%あたりでピークを迎え、85% 前後で急落している。すなわち、入所してある程度時間が経過するにつれて、当施設での生活にも慣れ、メンバー同士の交流も増えてくる。その後、住居設定やそれに伴う試泊等が増えてくるにつれて、当施設にいないことも増え、必然的にメンバー同士の交流も減少するといえる。圧倒的に多数を占める「メンバー／知人との交流」が「日常生活」から遅れて増加し、「住居」の支援の前後で減少するために、『日常生活』→『社会生活』→『住居』という支援フローが生じていると考えられる。

では、それぞれの内訳について、支援の投入のタイミングはどうなっているのだろうか。図表 2-4-6 は図表 2-4-5 の縦軸に単純な支援頻度ではなく、標準化した支援頻度をプロットしたものである³⁰。

²⁹ 横軸は、正式利用入所日を 0、退所日を 100 として各利用者の利用期間を標準化した値であり、縦軸は、退所後定着事例 28 事例の頻度平均である。ただしデータノイズ除去のために 5 単位時間あたりの移動平均をとった。ただし、「医療／福祉スタッフとの人間関係」と「就労に関する事柄」についてはデータ数が少ないため除外した（図表 2-4-6 も同じ）。

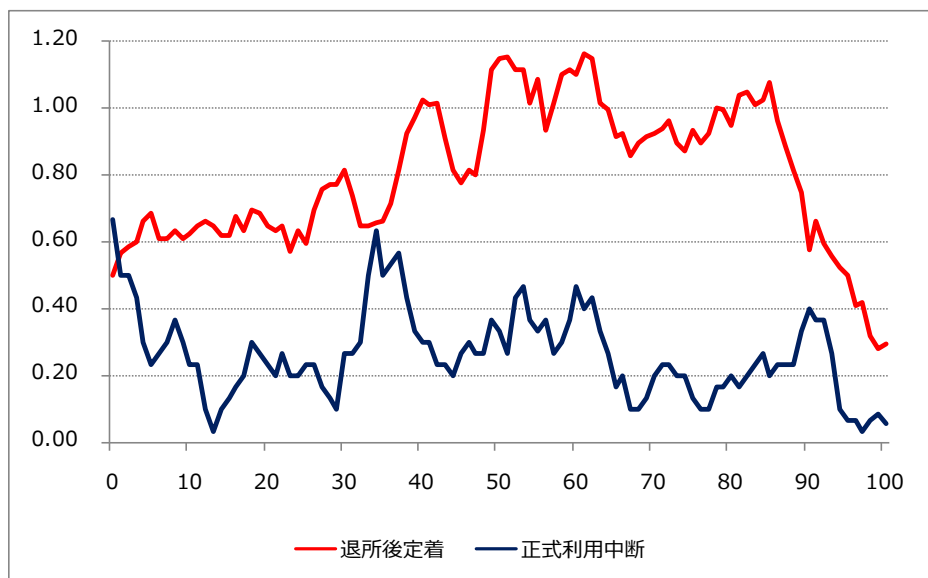
³⁰ 標準化した 1 単位時間あたり、ある支援分類の支援に関して、全く支援が行われていない場合を 0、最も行われている場合を 1 とし支援投入頻度を標準化した。更にデータノイズ除去のために 5 単位時間あたりの移動平均をとった。



図表 2-4-6 「社会生活」の支援の投入タイミング

これを見ると、概ね 80%前後のところで、「公共機関での手続き等」と「外部との連絡」の支援が投入されており、少し遅れて「メンバー／知人との交流」が減少している。

次に、「退所後定着」事例と「正式利用中断」事例で「メンバー／知人との交流」支援の投入頻度の差を図示した（図表 2-4-7）。

図表 2-4-7 「メンバー／知人との交流」の投入頻度差³¹

これを見ると、「退所後定着」事例に比べ、「正式利用中断」事例において、一人あたりの「メンバー／知人との交流」の投入頻度が少ないということが言える。

³¹ 図表の作成方法は、図表 2-4-6 に準じる。

第3節 退所後定着事例に関する考察

第1項 支援会議の重要性

以上の結果から、支援会議において日常生活を送る上での生活スキルに関して一定の評価が定まったところで、具体的な住居設定に支援の軸足が移行するという流れが見られる。まずは掃除、洗濯、食事といった生活スキルへの評価が定まり、支援会議において、それができるようになった（または代替案でやっていける）と判断された場合に、具体的な住居設定の支援が始まると言える。

支援会議は、生活訓練施設の職員のみならず、その利用者に関わる多くの関係者が一堂に会して行われる。そのため、通所先でうまくやれているか、通院時はどうか、といった生活訓練施設の職員の目の届かない部分についても情報の共有が図られる。その情報共有の結果として、利用者の現状が適切に把握され、今後の方針が決定される。同時に、その支援方針が共有され、関係者間の支援方針のブレが少なくなることで、包括的な支援が可能になると考えられる。

そういった意味では、生活スキルが身についたかどうかを確認するのはもちろんのこと、何ができて何ができないのかを関係者全員が把握することがより重要であり、その上で、できないことに対しては対策を講じ、たとえ生活スキルが全般的に身についていなくても、代替りの地域資源を利用することで地域生活移行ができるのであれば、そういった方向性で支援を行っていくことができる。

第2項 「社会生活」の支援の位置づけ

一方で、昨年度調査で「日常生活」の支援の後に増加が見られた「社会生活」支援に関しては、支援会議との関係が見えてこなかった。支援会議資料には「社会生活」に関する項目としては「人間関係」として「メンバー／知人との交流」のみが記載されており、他の「医療／福祉スタッフとの人間関係」「外部との連絡」「公共機関での手続き等」「就労に関する事柄」については、ほとんど記載がなかった。

それぞれの支援投入のタイミングを見ると、「外部との連絡」と「公共機関での手続き等」は入所から80%前後のタイミングで集中的に投入されており、これは「住居」が投入されるタイミングと同期している。「外部との連絡」は電話の取次ぎや郵便物の受渡しであり、住居設定に伴って、こういった連絡事項が増えてきていることを示唆する。「公共機関での手続き等」は、利用者と行政機関や銀行等との間に入って行う支援であり、やはり住居を設定し、地域生活移行を行う過程で必要な支援である。

「就労に関する事柄」については、そもそも支援が発生している利用者が1事例しかなく、また、全体で14回しか発生していない。そのため、この1事例のみで判断するのは適切ではないが、投入タイミングを見ると、入所から退所の全期間にわたって不定期に発生しており、必要になる度に対応していると言え、標準的な支援フローには乗ってこない支援であると考えられる。

「医療／福祉スタッフとの人間関係」についても、不定期に生じており、これも必要になる都度対応していると言える。特に、症状に関することや通院に関することは「医療（精神科）」に分類されるため、そうではない医療／福祉スタッフとの関わりは、非常に稀なケースである。実際に、頻度合計2,775に対し42回しか発生していない。これも「就労に関する事柄」と同

様に、標準的な支援フローには乗ってこない支援であると言える。

最後に、唯一支援会議資料に記載されている「メンバー／知人との交流」はどうだろうか。支援会議資料からは、「メンバー／知人との交流」と地域定着との間に明らかな傾向は見られなかった。しかしながら、実際の個人記録において「メンバー／知人との交流」として記載されているのは、例えば「メンバーと談話室で話している」「メンバーに〇〇と言われたと報告に来る」といった内容である。すなわち、利用者が他のメンバーとどのように交流しているかを「みまもって」いるケースが圧倒的に多く、メンバー同士の交流に職員が干渉することは殆んどない。

支援会議資料からは、人間関係について「人付き合いが得意でないからアパート」「一人では寂しい思いをするからグループホーム」といった内容の記述が見られ、地域移行に向けて、友人、知人を作り、良好な人間関係を構築することは必須というわけではなく、利用者本人の生活しやすい環境を築くことの方がより重要であると言える。

しかしながら、生活訓練施設の職員の実感としては、メンバー等一般的な対人交流がスムーズではないケースは地域生活移行が容易ではない。その見極めのために、生活訓練施設利用の中盤に（すなわち日常的な生活課題がある程度把握できた後に）、メンバー同士でうまく交流できているかを注意深く「みまもる」。その結果蓄積された情報に基づいて帰来先を決定していく。「退所後定着」事例と「正式利用中断」事例を比較すると、「退所後定着」事例では支援の中盤にこの「メンバー／知人との交流」が増加しているのに対し、「正式利用中断」事例では、この増加が見られない。前述の通り、「メンバー／知人との交流」は具体的な支援というよりも、交流の様子を「みまもっている」ケースがほとんどである。すなわち、「メンバー／知人との交流」が少ないということは、そもそも交流が少ないことを意味する。部屋にこもっていたり、特定の職員とは交流するものの、他の人間関係が構築できなかったりする利用者は、地域生活移行に困難が伴うことを示唆する。

支援会議資料にこれらの詳細な情報が載ってこないのは、このメンバー同士の交流は、日々の生活の中で起きていることであり、課題意識を持って取り組むことや、通所、デイケアの利用とは位置づけが異なるためであろう。

以上を踏まえると、標準的な支援フローにおける「社会生活」の支援で重要なのは、「住居」の支援とともに増加する「外部との連絡」と「公共機関での手続き等」と、その前段として発生する生活場面での自然発生的な「メンバー／知人との交流」の「みまもり」であると言える。これらは、スムーズに地域生活移行するために必要な支援である。それ以外の支援に関しては、突発的に現れるもの（「就労に関する事柄」「医療／福祉スタッフとの人間関係」）である。

例えば、日常生活で生じる生活課題についても、必ずしも自分自身でできなくても、他の地域資源を活用することで地域生活移行が可能であれば、積極的にその地域資源を利用すべきだと考える。地域生活移行においては、「社会生活」に関しても同様のことが言える。「外部との連絡」や「公共機関での手続き等」は地域資源において代行することが可能だし、「メンバー／知人との交流」についても、「こういう交流の仕方が正解」というわけではなく、利用者一人ひとりの交流の頻度や方法を十分に見極め、そのスタイルに合った帰来先を検討すれば良い。人間関係の構築ができなかったり、人間関係に過度に依存したり、暴言や暴力を振るったりといったことがなければ、多少人付き合いが苦手でも、その利用者なりの地域生活移行の方法が検討できるということである。

第5章 考察

以上の再分析から、以下の二つの結論が得られる。

- ① 利用中断を防ぐためには、生活課題を明確にすること、利用者本人の自覚を促すこと、病状の変化に着目しつつ医療との連携を密にすることの3点が重要である。
- ② スムースな地域移行のためには、「みまもり」、特に明確なテーマを持った「みまもり」による情報の蓄積が必要である。

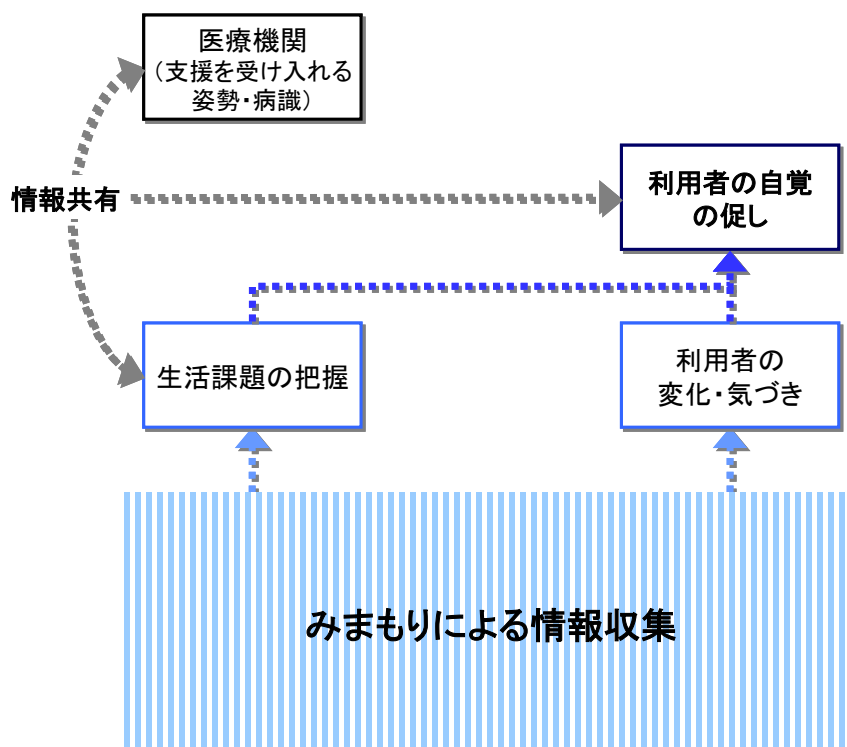
① 利用中断を防ぐためには、生活課題を明確にすること、利用者本人の自覚を促すこと、病状の変化に着目しつつ医療との連携を密にすることの3点が重要である。

体験利用後正式利用に至らないケースや、正式利用後中断してしまうケースでは、その原因は病状の悪化である。しかしながら、その背景には利用者の現実検討が不足していたり、職員との関係構築ができなかったりといった要素が存在する。

利用者自身が生活訓練施設を必要と感じていないケースでも、自身の生活課題を自覚していないケースでも、現実検討が不足していることと職員との関係構築ができていないことがその理由である。そのため、職員が十分な情報を蓄積し、利用者一人ひとりの生活課題を明確にすること、そして、その生活課題を利用者本人に自覚させることが必要である。

情報を蓄積し、生活課題を明確にするためには、日々の「みまもり」が重要である。また、支援会議等を通じて職員間でその情報を共有することが重要である。この日々の「みまもり」は利用者本人の自覚を促す際にも重要なポイントとなる。すなわち、日々の生活の中で、利用者本人のちょっとした変化、ちょっとした「気づき」を適切にとらえ、そのタイミングで支援を行うことで変化や「気づき」を本人の自覚へとつなげていく。

とはいえ、病状の変化に対しては生活訓練施設としてできることは限られてくる。そこで重要となってくるのは医療との連携である。具体的な生活課題に関しては入院環境では明らかにならないことも多く、生活訓練施設だからこそ見えてくる点である。一方、支援を受けるための構えや病識を深めること、治療行為は医療機関だからこそ可能なことである。生活訓練施設と医療機関でそれぞれにできることをしっかりと行い、また、それらの支援で得られた情報を共有し、有効に活用することで、より効果的な支援が可能となり、中断を防ぐことが可能にもなると考えられる。



図表 2-5-1 「みまもり」の重要性

② スムースな地域移行のためには、「みまもり」、特に明確なテーマを持った「みまもり」による情報の蓄積が必要である。

昨年の報告書では、「みまもり」の重要性を指摘した³²。今回の再分析では、更に「社会生活」の支援において、「メンバー／知人との交流」を「みまもる」ことが、それ以降の支援に非常に有効であることを示した。これは、「日常生活」から「社会生活」「住居」という支援の流れのそれぞれの段階において、テーマを持った「みまもり」を行っていることを示していると言える。

すなわち、入所すると、まずは日々の生活を「みまもる」中で、生活課題の把握を行う。ここで明確となった生活課題に対して、具体的な支援が行われ、これらの支援は退所まで継続的に行われる。生活課題が把握でき、それに対する支援方針も固まってくると、次に人間関係に関しての「みまもり」が行われる。ここでは、メンバー間での交流は問題なく行えるか、施設外の知人との交流はどうか、といったことを、本人との面接だけではなく談話室での様子や電話での様子等を通じて確認する。ここで得られた情報は、住居設定時に単身生活とするかグループホームとするか、またどういった地域資源とつなげていくか、といった退所時あるいは退所後の支援に関して重要な情報となる。例えば、あまり人付き合いが得意でない場合には、アパート設定をして単身生活、逆に一人でさびしい思いをするような場合にはグループホームといった具合である。

生活訓練施設は、地域生活を行うための準備をする場である。地域生活を行うために適したスタイルは利用者によってそれぞれであるが、その適したスタイルがどのようなものであるのかを正確に見極める必要がある。どういった生活課題を持っていて、その解決のためにはどういった支援を行い、どういった地域資源とつなげていけば良いのか、また、対人関係においてどのような特徴があって、利用者本人にとってどういった人間関係が居心地良いのか、居心地の良い人間関係を保つためには地域での生活をどういったものにすれば良いのか。

漠然と日々の生活を観察するのではなく、こういった一つひとつの見極めを行うために、より具体的なテーマを持った目線で「みまもる」。そうすることによって、利用者一人ひとりに合った適切な支援が行え、また、具体的な地域生活が想定されることで支援の一貫性を保つことができる。

³² 昨年度報告書より「当施設のような「普段の生活に近い」環境の中で、丸一日の情報を収集できるということは、地域生活を始めたときや、「カンファレンス」等での有用な情報源になると考えられる。つまり、このような「みまもり」活動なくして、適切な支援はあり得ないといえることができる。」

第Ⅲ部 総合考察 地域支援体制確立に向けた提案

第Ⅲ部では第Ⅰ部、第Ⅱ部、及び昨年度調査の研究成果を踏まえ、精神障害者への地域支援体制の確立に向けた提案を行っていきたい。

医療観察法対象者への生活訓練施設としての支援内容について、調査で明らかになったのは、基本的には通常受け入れている生活訓練施設の利用者への支援内容と変わりはないということである。

また、医療観察法対象者の支援に関して、生活訓練施設を活用する理由として、大きく2つの側面がある。

インタビュー調査によれば、指定入院医療機関から退院する際に生活訓練施設を選択する理由として、まず、一つ目は、「生活の場」でのアセスメントを求めているということである。つまり、対象者が生活する上での課題を明らかにし、その課題を克服するための生活訓練を行うということである。これは、生活訓練施設そのものの機能でもあり、普段から実施している機能ということもできる。医療観察法対象者に関しては、その機能がより明確に求められていると言ってよい。

もう一つの機能として、地域へのかかわり方である。地域によっては、この役割を生活訓練施設が中心となって担っている場合もあり、社会復帰調整官や行政が担っている場合もあった。しかし、いずれの場合でも生活訓練施設を活用することで得られる、生活している場面でのアセスメント情報が重要な役割を果たしている。特に公設施設の場合は地域設定に係る地域社会資源の情報も持っていることから、地域設定を行う上も重要な位置づけとなると言ってよい。

以上を振り返ってみると地域生活移行の支援の仕組をきちんと持っている生活訓練施設であることが、医療観察法対象者の場合でも、通常精神科病院からの地域生活移行を実践する上でも重要であると捉えることができる。昨年度調査や第Ⅱ部でも述べてきたように、「日常生活」「社会生活」「住居設定」といった一連の支援の流れの中で「みまもり」を中心とした情報収集をもとにアセスメントを行い、支援対象者に最適な地域生活移行を実践することが必要であるということができる。

今回の調査では前述したような生活訓練施設の役割とともに、地域生活を担う地域社会資源のコーディネーターの重要性についても見えてきた。医療観察法では指定入院医療機関からの退院後（あるいは通院処遇）は社会復帰調整官が主催してケア会議が開催される。このケア会議では医療観察法に基づく処遇終了を想定して地域社会での受入体制を構築している。

精神科病院からの地域生活移行の場合であれば、相談支援事業所等がその役割を担うことになることが多い。医療観察法対象者の場合も基本的には同様の支援体制構築が求められると言える。言い換えると、地域での受入体制が十分でなければ、医療観察法であろうが精神科病院からの地域生活移行であろうがうまくいかないと言える。

今回の医療観察法におけるインタビュー調査の対象先で、相談支援事業所を中心に地域のネットワークにより支援が医療観察法対象者受入れ前から構築されていた地域があった。この地域では、その相談支援事業所を中心に病院から地域生活移行してきた方をケアマネジメントし、地域生活を支えていた。この地域では、医療観察法対象者であっても同様に、相談支援事業所を中心に支援機関をケアマネジメントして支援にあたっていた。社会復帰調整官はその相談支援事業所に処遇終了後の中心機能を移譲し

ていけばよいということであった。すなわち、「地域社会資源」のネットワークを構築しそれに基づく支援を行うことが重要であると言える。

生活訓練施設の支援においても同様のことが言えると思う。生活訓練施設は通過施設であり、最終的には「地域社会資源」のネットワークに支援の中心を委ねなければならない。そのためには、「地域社会資源」を熟知し、利用者にとって必要な「地域社会資源」をコーディネートしなければならない（当然、その場には必要なアセスメント情報を提供する）。言い換えると、生活訓練施設は「地域社会資源」のネットワークがなければその本来の目的を達成できないと言うことができる。

では、「地域社会資源」のネットワークはどのように考えていくべきであろうか。医療観察法の処遇期間中は、法令等の定めもあるため、CPA 会議やケア会議で定期的に「地域社会資源」や関係機関が集まって対象者の支援方針を話し合う場が設けられる。そこでの話し合いが支援方針の決定であり、「地域社会資源」や関係機関はその決定に従って動くということになる。通常の場合でも、このような形が理想的であると言える。「地域社会資源」や関係機関が一つの方針のもと支援を行うことで利用者の地域生活への定着が図られる。これが本来のケアマネジメントということもできる。実際の支援の場面を振り返ってみた時にどうだろうか。必ずしもそうっていない地域が多いのではないだろうか。関係機関を集めるだけでもかなりの労力が必要になる。医療観察法の処遇中に「地域社会資源」のネットワークを招集できるのは（中身に温度差があるにせよ）、法的裏づけがないし、必然性があるためであると推察できる。「地域社会資源」のネットワークを考える上ではそのような必然性は無視できない存在であると言える。

今回の研究事業では、医療観察法、及び生活訓練施設の調査を通して、精神保健医療の課題や理想の一端が見えてきたと言える。本文中の表現を使うと、

『ケア会議で定期的に「地域社会資源」や関係機関が集まって対象者の支援方針を話し合う場』として、『「地域社会資源」のネットワーク』を構築し、『「地域社会資源」や関係機関が一つの方針の下に支援を行うことで利用者の地域生活への定着』を図る

これが、医療観察法対象者にも、普段の生活訓練施設での支援の中でも共通ででてきた考え方である。調査対象者の中からはこんな言葉も聞かれた。

「**普段の精神科病院を退院する人に対しても、医療観察法と同じような支援ができればいいのに…**」これは、まさしく本音であると思う。医療観察法対象者を考えていく中で、本来の精神保健における支援の理想の一端が垣間見えた瞬間である。

精神障害者を地域で支える「地域精神保健システム」をどう構築するか。

地域が医療観察法対象者を受け入れていくことは、その地域が、精神障害者を地域で支えるシステムを構築していけるかどうかを示す一つのメルクマークになるのではないだろうか。

資料集

資料 1-1 第 1 回事業検討委員会議事録

平成 21 年度財団法人横浜市総合保健医療財団調査研究事業

第 1 回調査研究事業検討委員会

議事録

日 時 平成 21 年 9 月 28 日（月）10：00～12：00

参加者 委 員 野中氏 村上氏 吉川氏 齋藤氏 大塚氏
 品川氏 鶴見氏 松為氏 （熊田氏 細野氏 御欠席）（順不同）
 事務局 荻原専務理事 渡辺地域精神保健課長 伊藤生活訓練係長 増田
 浜銀総合研究所 東海林 山本 江良

議 事 （１）昨年度研究成果報告
 （２）本年度研究事業説明概要
 （３）本年度研究事業の実施計画
 （４）質問紙調査について
 （５）当施設支援モデルの詳細分析について

議 事

（１）昨年度研究事業成果報告

概要版に基づく報告

東海林 ー概要版に基づいて説明ー

野中 ご意見ご感想をどうぞ。日頃感じていたことがデータで裏付けされたのではないのでしょうか。

村上 体験利用の頻度や日数は？

伊藤 ルール上は３回だが、実際には２か月かけて４、５回の体験利用。全部で２週間位の利用である。

村上 公設施設ではそれはスタンダードか？

伊藤 他施設でも最終的に２週間という施設があった。当施設は短い方である。

村上 体験利用から正式利用に移行しないのはどの位の割合か？本人、施設どちら側の理由か？

伊藤 ８割が正式利用に移行する。施設側から断ることはなく、体調不良ないしは家族が受け入れることになったというケースがほとんどである。病状が施設の利用に耐えられると言うことが基準の一つ。正式利用に入るときに関係者が一堂に会して支援会議を開催している。

村上 体験利用の回数や日数を変数として、実際の利用に変化は見られるか？

東海林 まだ分析していない。本年度検討する。

野中 一度体験利用で断念したあとで、次回モチベーションが上がってうまくいくケースも多い。体験利用をどう利用したらうまくいくのかと言うことが分かると良い。

松為 １回目は軽く経験させて、２回目に本気にさせるというのは、学生の実習でもあることである。どういった体験利用が効果的かという分析ができると良い。

野中 体験利用が形式的なものになってしまい、本気で悩んでももらえないと難しい。

体験利用時は病院とつながっていつでも戻れるが、正式利用ではそのつながりが切れる。

鶴見 実際の経験からも実感できるデータである。

野中 実体験と矛盾はない。

鶴見 今回の本題ではないと思うが、ショートステイ利用のケースと体験利用のケースで異なる部分があるかもしれない。

(2) 本年度研究事業説明概要

(3) 本年度研究事業の実施計画

(4) 質問紙調査について

東海林 ー企画書、及び質問紙案に基づいて説明ー

＜質問紙調査＞

野中 本日の一番大事な議論になる。ご意見ご質問等をどうぞ。

鶴見 障害者自立支援法の自立訓練(生活訓練)宿泊型に属している施設のイメージは、旧法における援護寮、及びグループホームというイメージで良いのか。

東海林 平成 18 年が生活訓練施設の最も多かった年。この年の生活訓練施設のリストに基づいて質問紙を配布しようと考えている。

村上 仮説は？

東海林 基本的にはまずは実態把握、阻害要因等の洗い出しを想定している。

野中 触法という表現と、矯正施設の利用経験者。定義はぶれないか。

村上 触法という表現は使わない方が良いだろう。

鶴見 対象者はどうなるのか。矯正施設を利用しないケース(24 条措置入院の他害のケース)はどう位置づけるのか。

伊藤 矯正施設利用者に限定する。

鶴見 現場としては 24 条(他害の措置入院)の適用者も触法のような認識。そこに違和感がある。

大塚 医療観察法は遠方からの利用等やりとりが求められるので、地域との連携が難しいということもあるのではないかと。障害者自立支援法と医療観察法では、法制度体系上の仕組みが違う。その差異を意識せずに支援実態だけに焦点を当てた実態把握を行うのはどうなのか。

野中 医療観察法の入院事例でどのような経路を取っているか、矯正施設を出たあとでこういった経路を取っているか、そういったデータはどこかにあるのか？

村上 施設ごとには持っているが、全国的なものはない。

野中 では、実態を把握するだけでも意味があるだろう。

松為 想定される支援モデルが異なると考えられる。遠方から地域へ移行したりもするという事は、地域でのネットワークの作り方も考えていく必要があるのではないかと。

村上 実際に支援をする時の困難として、中間施設に受け入れてもらってソフトランディングを図るケースもあるが、リスクがあるケース等は何らか起こってしまう危険を感じてしまうので、ダイレクトに単身生活するケースも多い。この質問紙調査では、こういったデリケートな点は拾い上げられないのではないかと。

野中 最重症例は施設の利用はできないということ。

村上 医療観察法の対象者は病状が重篤というわけではなく、単身生活ができるケースもある。寧ろ他害行為をはたらくだけの社会性はある。病状が重篤なケースは施設が受け入れないし、体験

利用時に駄目になってしまう。どこか一つの施設で何か起こると全施設に連絡が行く。「これが起こっても仕方がない」という考えにはなかなかならない。

野中 本当は罪を犯した障害者を受け入れたくない場合でも、社会性があるって単身生活が可能だという判断で断るということもあるだろう。そういう意味では要請があって断ったケースの詳細が知りたい。

「受け入れて困難な事項は何でしたか」という設問があるが、一番難しいのは表面的にはそつなくこなして、施設の中では「優等生」だが、外に出ると破綻するというケース。若いころから病院や施設にいたケースに多い。

サングラスかけて体格が良いと困難。にらみつけられると当たり障りのない対応しかできない。

「困難」という表現の中身は様々である。

村上 本人の行動面、本人の人格面、社会面。本人の要因なのか、施設の要因なのか、制度上の要因なのか、切り分けられるようにしておかないといけない。

大塚 再犯防止プログラムを持つことは本来の生活訓練施設の仕事ではないとか、肉体的負担とか細かい違和感はある。

医療観察法の対象者になると、施設スタッフの個別支援のみならず、関係機関との連携や、処遇終了後に関係機関に支えられて地域に定着していく、といった内容の方が重要ではないか。

野中 本来病院が地域ネットワークを構築するはずが、とりあえず生活訓練に依頼してみたことになりがち。

村上 医療観察法ではその責任は社会復帰調整官が担う。

野中 制度上はそうなのだが、県内に社会復帰調整官が一人の場合、実質的には社会復帰調整官任せというわけにはいかない。

吉川 困難な事項で「病識がない」という項目があるが、病識と罪の意識は違うと思う。

どういった位置づけとなるのか？

村上 それは分けて考える。

野中 病気の本質を理解していなくても、病気のためにある行為が生じたと認識することが重要であって、厳密な意味では「病識」ではない。自己で認識はしているが、それを外に出さなければ病識がないと判断される。

吉川 医療観察法対象者にダイレクトに調査をするのはまずいのか。

野中 法務省管轄なので難しいだろう。医療観察法対象者に聞くことは可能かどうか。

鶴見 本人が了承した場合に限られるので、調査にバイアスはかかる。良好な関係を築いているケースに限られるし。本人が了承し倫理委員会に通せばルール上は可能。

施設ごとに特徴があるだろう。1年ならば良いが、2年やそれ以上の延長となると処遇終了ということになる。体験の短縮等の特別な扱いによって受け入れているケースも多いだろう。

野中 浅く広い質問紙調査と深く聞きとる方法との2段階でやると良いのではないか。

品川 3年間の処遇終了後に地域に移行するが、最初は社会復帰調整官がケアマネの役回りをしてくれるが、処遇終了で突然地域に引き渡されても混乱するばかり。3年の処遇期間の間に地域側の受入態勢を作っておかなければ難しい。

齋藤 これまでの利用者は統合失調症が多かったが、医療観察法対象者は様々な症例の人が入っているような気がする。

村上 診断としては8割が統合失調症であるが、重複障害を考えれば確かに多様なケースがある。

齋藤 本人の疾患特異性の問題もあるのでは？何もかも生活訓練施設任せではうまくいかないのではないかな。

野中 医療観察法対象者の全てが生活訓練施設ではないだろう。こういったケースは生活訓練でこういったケースは違うのか、ということを洗い出すことに意義はある。

鶴見 質問紙調査では個別要因と施設要因とを切り分けておくと良い。内省のなさに驚いたとか制度上の問題とかが実際にある。

<インタビュー調査>

村上 対象者は？

東海林 データが揃っている公施設を対象とする予定である。

村上 施設数もさほど多くないのでできれば全数調査としたい。あとは病院側の意見も聞くことができれば良い。病院側と施設側の意識ギャップが明確化できないかな。

野中 医療観察法にまつわる問題はグローバルな視点で見てもあまり意味はないと思われる。個別事例の集積を行った方が良いのではないかな。

野中 当事者へのインタビューは可能ではあるが、倫理的な問題を孕むので、今のところは関係者に限ることになるだろう。

伊藤 本人に同意を取った上で、関係者の所属機関の了承を得てインタビューする予定である。

村上 入院施設は倫理委員会を持っているだろうが、そうでないところもあるだろうから、その場合は財団でまとめて、それを了承していただくという形になる。体験利用の場合はどうするか。入院施設は同意書を取って欲しいといえば協力は取りつけられるはずである。

(5) 当施設支援モデルの詳細分析について

東海林 ー資料 5 ー

野中 実は表面的なトレーニングよりも、自信がついたりするといったリカバリー感覚が重要で、ADL が上がってなくても、自信がつけばうまくいくと思っているが、実際に調査するのは難しい。今回はブラックボックスということにしておいて、頭の片隅に置いておいてもらえば良い。全ての ADL が上がってなくても、例えば仕事ができれば家事ができなくても生活していける。そもそも ADL は歪んでいるという認識が必要である。

その他

村上 入院施設からの声が反映されるような項目があると嬉しい。協力は惜しまない。

資料 1-2 第 2 回事業検討委員会議事録

平成 21 年度財団法人横浜市総合保健医療財団調査研究事業
第 2 回調査研究事業検討委員会
議事録

日 時 平成 21 年 12 月 26 日（土）13：30～16：00

参加者 委 員 野中氏 村上氏 吉川氏 齋藤氏 大塚氏
品川氏 鶴見氏 細野氏 （熊田氏 松為氏 御欠席）（順不同）
事務局 荻原専務理事 渡辺地域精神保健課長 伊藤生活訓練係長 角田 永野 増田
浜銀総合研究所 東海林 山本 江良
オブザーバ 厚生労働省専門官 武田氏

議 事 （１）質問紙調査の中間報告
（２）インタビュー調査の中間報告
（３）昨年度データの再分析報告
（４）調査研究事業報告書章立て案

配布資料

資料 1－1 医療観察法対象者の地域ケア体制の確立に関する質問紙調査中間報告
資料 1－2 医療観察法対象者の地域ケア体制の確立に関する質問紙
資料 2 インタビュー調査の中間報告
資料 3 昨年度データの再分析
資料 4 調査研究事業報告書章立て案
資料 5 第 1 回事業検討委員会 議事録

議 事

（１）質問紙調査の中間報告

東海林 資料 1－1、資料 1－2 に基づき説明
野中 では早速この中間報告についてご意見をいただきたい。
村上 14 ページ。平成 21 年段階で医療観察法対象ケースが 400 位。退所したケースに興味がある。
どれ位で地域移行したかわからないか？
東海林 利用期間は聞いていない。ID を振っていないので個別データも施設が特定できない。
鶴見 施設に元々期限があるかどうか聞いていない。
細野 生活訓練施設は国の基準では最長 2 年。もっと短いと考えられる。
村上 レアケースではあるが、死亡事例が 2 ケースある。
鶴見 これは時期からして通院期間中。何があったのか？
野中 医療観察法の方では自殺なのかどうなのかは追っていない？
村上 法務省が握っているが、我々には分からない。平成 21 年 3 月までに自殺者は通院が 11 人、入院が 3 人である。
野中 通常よりも高い割合ではある。
村上 相談を受けた施設は半数近い。社会復帰調整官が様々な施設に声をかけている。

- 細野 意外なのが受入れ時に大変だったことに「連携」があまりないことである。
- 村上 実感としては非常に困難な方は受け入れてもらえない。施設に適応しやすい方はお願いしやすいということである。
- 細野 移行しやすい人を受け入れているという印象である。
- 村上 とはいえ、まずは移行しやすい人を受け入れて、役割を明確にすること。そういう意味では相談数は多いのか、少ないのか。
- 大塚 受け入れ、既に関わっているところにヒアリングに行った。思ったよりも中間施設を使わないで、いきなり単身生活というケースが多い。一つは受け入れてもらえないこと、思ったより自宅や単身に移行できてしまう。今あまり抵抗なく受け入れようとしているが、続けていくかということを開くと「分からない」という。理由を開くと障害者自立支援法に移行した時に、手厚く対応しなければならないケースに対して人員が割けるのかが分からない、とのこと。受入れに大変だった点が、医療観察法対象者に限ったことなのか。「措置入院等でもっと大変な事例を受けてきている。寧ろ外泊や体験のフローが対応できるかが問題で、なかなか生活状況を観察する機会がなかった」との返答。
- 野中 医療観察法に対する偏見というよりも、受入れの流れが違うのではないか。
- 鶴見 断った理由で、内省が不十分、治療の必要性和対象行為の関係が理解不足、のように内省に関わることが出ている。この部分はその通りかと考える。本人が事件のことや今後のことでぼろっと口にするときに驚くことがある。「悪いことをしたのだから、もっとちゃんとしなさいよ」といった厳しい目が多いという印象である。
- 村上 感覚としては、いきなり単身は決して少なくない。そうなるとどうやって地域で支えるかという点でもっと大変になる。イギリス等だとまずは施設に入るが日本ではそうではない。我々からすると、施設側からとても多くのことを求められる。子供に対する性犯罪等はまず受け入れてもらえない。
- 野中 何かがあったときに援護寮に責任は問われるのか？
- 細野 重大な事件があれば別だが、基本的には責任は問われないだろう。
- 野中 何かがあったときに管理責任は問われるかもしれないが、まだ事件になったこともないし、判例もないので、これから日本が経験を積むべきである。
- 鶴見 これまで「絶対に受けない」と言っていた施設が、加算がつくようになって、向こうから打診があった。
- 村上 今ちょうど過渡期。入院施設だって少し前までは誰も手を上げていなかったが今は結構手が上がる。大切なのは成功体験を積むこと。そういう意味ではこれだけの施設が受け入れていることは良い。
- 武田 罪を犯した障害者に対する支援の研究にも携わっているが、医療観察法の対象者は病気が原因で事件を起こしている一方、刑務所から出てきた対象者の方の情報が少ない。そこで事例集を作って役に立っている。医療観察法に関しても事例集を作って啓蒙することができればよい。そもそも措置入院だった（殺人や放火を行った）人も受け入れている過去があり、受け入れられないことはないはずである。罪を犯した障害者も医療観察法対象者も合わせて考えていくべきだと考える。
- 大塚 今研修では事例の紹介等が増えてきていて、また罪を犯した障害者に対する研究も進んでいて、まさに過渡期だという印象。手厚いケアを必要とする人達を様々なところに割り振るような地

域では、医療観察法ができたときには、障害者自立支援法はできていなかった。相談支援事業（障害者自立支援法）が弱いところやないところでは、本来関わるべき市町村が全く見えてこない。医療観察法のフローに障害者自立支援法での変更を組み込んでいかなければいけない。

- 鶴見 処遇期間が終わった後が心配だから受け入れない、受け入れてもその後のことが心配といった話は多い。大都市は良いが、県域の小さいところは後のことを考えると自治体は大変であろう。
- 野中 一つは制度の問題。バラバラな法制度とかフロー。もう一つは実証的にどんな事例が中間的な施設を使うのに適切なのか。今回は後者が主たる対象である。
- 武田 制度の問題に関しても報告書の中で提言をもらえればありがたい。
- 細野 市町村の立ち位置が不明確である。施設側からも市町村がサポートすることが明確になると心配も軽減される。医療観察法では市町村の立場は定められていない。ガイドラインに少しでも触れられている程度である。
- 野中 障害者に対する支援の最終責任は市町村にあるということを明確にしないと、最後に市町村に逃げられてしまうと中間施設も動けない。
- 吉川 精神障害を持つ人が事件を起こすのか、事件を起こした結果、精神鑑定で精神障害が判明するのか。生活支援センター等でも暴力とか性犯罪とかあると引いてしまう。
- 村上 治療を受けていてドロップアウトして事件を起こすというケースも多い。
- 野中 確かに過去に事件を起こしたということを知ると引いてしまうが、もう大丈夫だと判断されて施設利用している。誰でも何万分の一は事件を起こす可能性はあるわけで、そこまで疑ってしまうと一度事件を起こした人は二度と社会に出ていけない。
- 鶴見 前述の「悪いことをしたのでしょ」という周りの目線が問題となっている。そういった点に関する説明はこれからやっていかなければならないことと考える。
- 鶴見 なるべく難しい人を受け入れるために、さらに加算がついて人員が割けるようになれば良いのではないか。
- 野中 制度で対応する前に、そういった人の受入れが必要である、という結果を報告することが重要だと考える。

（２）インタビュー調査の中間報告

- 東海林 資料 2 に基づいて説明
- 鶴見 自治体のワーカーに対して裁判所から打診があるのは珍しい。裁判所が言ってくれるととても助かる。
- 野中 医療関係者では難しいことでも、司法関係者が出てくると決着がつくこともある。
- 大塚 自治体ワーカーというのは、相談支援事業所ではないのか？
- 細野 横浜市では障害福祉課がそういった役割を担っている。
- 村上 実態として何もできていないので、受入れの流れを作っていくということが今回の調査目的ではないか。

（３）昨年度データの再分析報告

- 東海林 資料 3 に基づいて説明
- 野中 今までないようなパターンで面白い。中断に至った理由は「現実検討」ではなくて「ADL」のような気がするのだが。

- 大塚 中断に至った理由のレベル感は同一か？
- 野中 恐らく階層構造となっているのだろう。
- 野中 カンファレンスはどの位かけてやる？
- 伊藤 内部でのカンファレンスは1時間位、地域の関係機関も参加して行うカンファレンスは2時間位である。
- 大塚 「医療（精神科）」の支援について、通院ではなく訪問でうまくいったという事例はないのか？
- 伊藤 生活訓練では訪問看護は受けられないので、通院同伴することになる。
- 野中 結論の仮説は？
- 伊藤 病状が安定した人だけを受け入れるわけにはいかないなので、医療支援との連携を促進していく。
- 野中 医療の支援が必要な場合というのは、ほんの些細な生活の失敗や悩みが言えないでいて出てきてしまう部分がある。十分な説明が足りていないとか、ちょっとした心配をキャッチできないといったことが原因となっている気がする。
- 鶴見 中断の原因は並列ではなく、スタッフとの関わりが最も大きいのではないと思う。中断はあっても良いと思っている。現状できないという事実を認識してもらうという意味もある。
- 野中 一度中断して二回目の利用となるとモチベーションが高くうまくいく。
- 大塚 せっきくの生活訓練からの発信であるため、病状悪化の背景にある事由をうまくキャッチして、そのことを医療と共有しないと戻ってきたらまた悪化してしまうだろう。
- 齋藤 昔は主治医や医療関係者もカンファレンスに出てくれていたが、最近は地域関係者ばかりで、医療関係者の参加は少ない。利用者からしてみると、これまで長く診療してくれていた主治医や看護師が入ってくるとまた違うのではないか。
- 伊藤 最後（退所時）のカンファレンスは区役所や病院の外来で行っている。中断した事例も、何が問題だったのかを理解してもらうために、可能な限り多くの関係者に集まってもらっている。
- 野中 いずれにしても、中断は完全には悪いことではない、ポジティブな側面もある、ということが触れられればよい。

（４）調査研究事業報告書章立て案

資料 1-3 第 3 回事業検討委員会議事録

平成 21 年度横浜市総合保健医療財団調査研究事業
第 3 回調査研究事業検討委員会
議事録

日 時 平成 22 年 3 月 2 日（火）13:30～16:00
参加者 委 員 野中氏 村上氏 吉川氏 齋藤氏 大塚氏
熊田氏 品川氏 鶴見氏 （細野氏 松為氏 御欠席）（順不同）
事務局 荻原専務理事 小川総務部長 渡辺地域精神保健課長 伊藤生活訓練係長
角田 永野 増田
浜銀総合研究所 東海林 山本 江良
オブザーバ 医療観察法医療体制整備推進室長 得津氏
議 事 （１）報告書(案)のご報告
（２）各委員より医療観察法に対する所感
配布資料

議 事

（１）報告書(案)

アンケートについて

村上 アンケートで、断った理由と大変だった理由は、単純に比較できないのではないかと？
東海林 確かに回答者が異なるため、厳密な意味では比較はできない。断る理由になるものが、受け入れた後の支援においてはさほど問題とされないということは傾向として言えるのではないかと。
村上 医療観察法対象者の 63 人が生活訓練施設を利用して、その後の帰来先がどうなっている、といった一連の流れ、数字は初めて出てきたものだろうから、その概要を提示することが重要だろう。その数字を前にして次のステップで議論ができると考えられる。
熊田 今後の受入方針で、「現在受け入れているが、今後受け入れない」とする理由は？
東海林 自由回答をご参照下さい。受け入れる側のリスク、コスト面、地域資源の充実といった点が理由となっている。
野中 本音はよく見えてこないが、「地域に対する啓発が足りない」といったのは表向きの理由ではないだろうか。人をつけるためのお金が必要だということではないかと。
熊田 2.2%が受け入れないと言い切っているのは強い何かがあったのではないかと。フリーアンサーに出てきているのは「こうしたら受け入れる」といった内容と考える。
品川 今後、障害者自立支援法の体系の中で「施設」はなくなり、「サービス」によって区分されていくという現状で、アンケート対象として記載されている「305 施設」が何を意味するのか知りたい。
東海林 旧法での生活訓練施設、またはそこから移行した施設を対象としている。基本的には宿泊型がついているところである。

- 野中 断る理由が「暴力行為」というケースは複数あり、大変だった理由が「暴力行為」というケースがゼロというデータの見方は、「医療観察法対象者は暴力行為の心配がない」のではなく、「暴力行為を行いそうな人の見立てが正確だった」だけではないか。
- 村上 例えば、思ったほど内省が進んでいないといった記載があるが、医療機関側としてはぎりぎりやれるところまでやって地域に出している。このギャップにどういう意味があるのかは考察として意味があるだろう。そこで医療機関側がもう少し頑張るということになるのか、ぎりぎりまでやっているし、内省の不足が即行動につながるわけではないので、地域での体制を考えていくということになるのか、対話が必要だと考える。
- 野中 今後の課題として、対話が必要だということを明確にすべきだろう。
むしろ、断る理由としてはあまり出て来ず、受け入れてみて大変だった点は、すなわち生活訓練施設だからこそ明らかになる点とも言える。そういったことが重要なのではないか。

インタビューについて

- 熊田 「体験利用がもっと短くていい」という理由は何だろうか。寧ろ、もっと長く期間を取ってアセスメントすべきだと思うのだが。
- 東海林 一つは入院医療機関の職員が同行しなければならないので、体験利用の時間が確保できないといった意見があった。
- 熊田 であるならば、「もっと短くていい」ということではなく、人的経済的な理由で「もっと短くして欲しい」というだけで、社会復帰支援という意味で「短くていい」というわけではない。
- 鶴見 1 週間以上の外泊ができないということと、指定入院医療機関側の個別の事情が大きいだろう。「体験利用が短くて良い」わけではない。それは明示しないと誤解を与える。
- 村上 指定入院医療機関としては、必ずしも「訓練」施設としてというよりも、地域に移行するためのターミナルとしての位置づけで、「体験利用は短くて良い」と言っているのではないか。訓練する場としての位置づけは明確にしなければならない。
また、セキュリティに関してはきちんと論理構成をしないとイケない。開放病棟レベルのセキュリティを生活訓練施設が担っているのか、担っていないとしたらセキュリティに関しては限りなく低いレベル。
- 鶴見 地域の人々は 24 時間誰かが見守っているという体制の違いに対しては指摘していること。それをセキュリティと呼ぶのかはともかくとして。
- 村上 セキュリティをアセスメントするのであれば、司法専用の施設を置くのか、という点が問題となる。セキュリティに対して責任があるからこそ義務が生じるのであって、現状の生活訓練施設はそうではない。他害行為に対しては、道義的にはともかく、法律的、行政的な責任はないだろう。
- 野中 病院と社会復帰施設では安全配慮義務の規定が異なる。また医療観察法における安全配慮義務も異なる。そのレベル感は明確に区別する必要がある。病院で自殺があったときの安全配慮義務違反のような厳しさは生活訓練施設にはない。
- 齋藤 通常は、例えば部屋を借りるときに「こういった罪を犯した」ということは明らかにしない。医療観察法対象者だから、精神障害者だから、「こういった罪を犯した」ということを明らかにしなければならないとすると、それはおかしい。
- 村上 専門職の分析として、絶えず精神障害者への差別や偏見に相対している我々が地域住民と同じ

レベルで不安だと書いてしまってはまずい。不安が大きいということをそのまま出すのではなく、法律的にはどうなのか、行政的にはどうなのか、道義的にはどうなのか、を区別して分析する必要がある。

大塚 病状が悪化しているサインを本人が自覚していて、それを不動産屋にオープンにできる状態にあれば話をするし、そのあと何かが起きたときのサポート体制をどう構築していくかといった中で、「あの施設が関わっているなら受け入れよう」と不動産屋に思ってもらっている。インタビューの結果として「道義的な不安を抱えている」というだけではダメで、「ではどうやって不動産屋等のインフォーマルな関係も含めて地域でのネットワークを講ずるか」といった観点で言及しないといけない。

野中 今の話は臨床的な立場での話。医療観察法という法律に基づいて、どこまでの情報開示義務が必要なのかという点を法律上の立場で明確にする必要があるだろう。

鶴見 医療観察法に関しての啓発の不足で、責任の所在が曖昧となってしまう、不安を感じるのであって、啓発の不足と不安の大きさを関連づける書き方が必要だろう。

野中 もっと啓発活動が行われるべき。心神喪失状態においては、自分自身をコントロールできないということを知ってもらうことが重要。

齋藤 こういった法律ができると、法律の枠内で動きがちになるため、かえって偏見が大きくなるような注意が必要。

大塚 生活訓練施設だったらこういった体験の期間があって欲しいとか、関与するポイントや関与して変化した点というところが強調されたら良いのだが。受け入れる前には医療観察法対象者特有の心配があったという結果だが、実際には支援フローは変わらない。フローは変わらない中で、でも大変だったことは受け入れる前に思っていたそういう対象者だからといったレッテルのような不安要素よりも、生活能力や、入院からの体験中に付き添いが濃密でアセスメントが不足したところであった。そこで、人や報酬が充分であれば、医療観察法対象者と言っても変わらない利用ができるということを明確に示して欲しい。生活訓練施設で受け止める必要性や支援のありようがよりクローズアップされるのだろう。

村上 「生活訓練施設におけるリスクアセスメント」のリスクというのは、他害リスクではなく再発リスクなのだろう。他害リスクを評価しようとするのは無理がある。生活障害を放っておけば再発リスクが高まる。開放病棟ではなくもうひとつ社会側の施設として、そこは明確にしておくべきだろう。

考察について

品川 生活訓練施設において、これだけの報酬が必要だという話にしないと、単価を上げるという話になると難しいだろう。生活訓練を行う意義というものを明確にしなければいけない。

野中 一定は宿泊型の施設は必要で全廃は無理があるということだろう。とはいえ、医療観察法専用の施設が必要という論理ではまずい。

大塚 公的施設の人数が多いということも含めて、セキュリティの話になるとハコの方に目が行っている感じがする。寧ろ提供するサービスという視点で見ると、「安心感」といえる。当事者の「安心感」もさることながら、周りの関係者も合わせて「安心して」支えていかなければならないが、今の体制では難しいので手厚い報酬や人員を保障して欲しいという論調であれば良いが、リスクやセキュリティを根拠とするのは違和感がある。

- 野中 出来事がクライアントの問題だという立場ではなく、国の体制の問題、精神保健全体の問題、住民の問題等様々な問題が絡む中での問題であって、それをクライアント自身が危ない人達だから、それに対するセキュリティを論じるということは、ついやりがちだがやめて欲しいと思う。
- 鶴見 地域の周りの方も病院側も、「みまもり」機能に対して「安心感」を持っている。
- 村上 基本的にはリスクがある方はこういった施設には出さない。多少のリスクがあるとしてもマネジメントが可能ということ。
- 野中 地域においても、法的な逸脱行為に対しての不安というよりも、生活能力に対しての不安が大きい。何を援助の対象とするか。医療観察法を通過しないで生活訓練施設を利用する人よりも医療観察法の対象となって生活訓練施設を利用する人は、より生活能力に課題があるのだろう。このままでは地域に出せないという強い思いがあって利用につながる。自傷他害の危険があるのであれば、入院継続であって生活訓練施設利用にはならない。そうではなくて生活能力が低いから生活訓練施設の利用が検討されるのではないか。そこを強調することが重要ではないか。
- 村上 生活能力に関しては病院の中でも色々とトレーニングをやっているが、保護的な環境下であるため、実際に外に出たらどうかはやってみないと分からない。ただ、懸念を持つ方は多い。リスクが中程度以上あれば、生活訓練施設にお願いはしないので、そうではなくて生活能力への懸念がある人が生活訓練施設を利用する。
- 野中 そうというような仮説が明確になったので、今後の課題とすれば良い。
- 齋藤 自傷他害の問題ではなくて生活課題の問題であるということがはっきりすれば、もっと受入れる機関も増えるのではないだろうか。
- 野中 それによって、動機づけの問題も、何ををもってあなたに生活訓練施設を勧めるのかということが説明しやすくなる。

(2) 各委員より医療観察法に対する所感

- 齋藤 疾患によってある程度利用する場所を考えていかないと、生活訓練施設ではとても無理な事例もある。疾患特異性の生活訓練の場所を今後考えていくことも重要ではないか。
- 吉川 医療観察法について身近に感じられて、大変勉強になった。自身の病気のことを語れるのは、今後そういった病気は起こさないという自信があるから。医療観察法対象者も自信を持てるように、偏見がなくなるようにすると良い。
- 村上 入院医療機関側の心づもりと地域側の心づもりの対話や考え方の違いが重要なことだろうと思う。医療観察法の病床が不足と書いてあるが、施行から過渡期的な部分を過ぎつつあるのだろうと考える。医療機関が増えてきて、地域によっては病床不足ではあろうが、身近で医療が受けられるということは担保できつつある。第2ステージとして、もっと社会復帰を促進する事が法律の目標であり、いかにそれを実現していくかがテーマとなる。その場合に、施設で訓練を受けて効果があると考えられる人がその流れに乗ってくるわけで、ではどういった人が施設利用に向いているのかを考えなければならない。どうしても難しい症例は、現状で施設が受け入れられず、単身で退院させるケースが多い。そこをどうするのかも考えていかなければならない。今回の研究では生活訓練施設利用の流れがテーマとなっているが、そうではないケースも多いという余韻を残してほしい。入院の経過を見ると、統合失調症が90%弱だが、重複障害を持つ人も60%近い。知的障害、発達障害が25%位、物質使用障害が15%位、人格障害、器

質的疾患等を重複している。こういった方々は一概に難しいケースというわけではないが、現状では受入れは難しいと判断される。リスクが高いときには医療機関が対応するとしても、リスクが低減して実際の社会復帰を考えたときにどうするのか、ということが現在の弱点であると言える。18 か月で退院するのは難しいようだが、平均は 680 日位で、超長期入院が多いというわけではない。ただ、1200 日で切ると 10%位である。そういった超長期入院ケースをどう処遇していくのが次のステップで考えるべきことではないか。リスクの高い人はなかなか出せないわけで、リスクは低いが単身生活は難しいという人達をどうするかが重要となる。現状では多くが、地域の一般病院で受け入れてもらっているが、それでよしとするのか、もう一歩進んで訓練施設で受け入れてもらえるのが課題となるだろう。

大塚 医療観察法施行から 5 年経ち、実態が明らかになりつつある。またこういった研究の対象になる位に事例が出てきている。地域処遇も増え、処遇終了者が出てきており、手厚い財源が充てられた入院医療のところよりも、財源が薄い地域処遇における支援課題がこれからますます問われてくるので、今後もその部分については関わっていかねばと考えている。医療観察法の特徴は、ある種の強制医療と、地域処遇をコーディネートする人が法的に定められていること。対象者となる方の半数位が今まで精神医療を利用しており、半数位が今回が初発という人達であろうが、共通しているところは疾病の理解や、相談能力も含めた地域で生活する部分で支えられていなかったり、つながる力が弱かったりといった人達だと思う。医療観察法の対象期間中に、関わる人達が多いうちに、重層的にそこをどう支援できるかが課題になるだろう。そういう意味では手厚いケアが必要な人達であるという認識なので、そこにどう人とカネとモノをどうつけければいいのかといった研究が進めば良いと思っている。そういう意味では公的施設という要因に結論が集中してしまっていて違和感がある。是非地域生活支援を色々な人に提供する中で、この研究が寄与するものであって欲しい。

熊田 元々医療観察法においては国立の専門病院がやっていくものだと考えている。ところが公的な病院に押し付けている形があるように思う。そこで支援に悩みながら地域に出てくるから、地域でも悩みが出てくる。地域での受け入れ体制を国が考え、作っていく必要があるはずだが、現状は民間が頭をひねって、四苦八苦している状態。病名ごとに社会復帰の仕方が異なってくるのではないかと、そういった細かい研究ができれば良い。

品川 医療観察法とは縁がないと考えていたが、実際に事例も出てきて、支援者としては、医療観察法対象者であっても薬物使用であってもそうでなくても、支援内容は一緒であるという点を重要にしていきたい。責任とかセキュリティとかいった言葉の部分はお任せするとして、地域生活を支える立場としては、やるべきことをやって、地域に出てきたときには差別のない支援を提供していきたいと考えている。

鶴見 日頃、病院と施設をつなぐ役割として動いていて考えていることがアンケート調査ではっきり出てきたという印象。医療観察法に関する宿泊型施設のデータとしては、これが初だろう。施設側の不安が実際にあって、受け入れてみたらそれとは異なる評価で、支援の内容は通常とは変わらないという一連の結果は、今後、基礎データとして参照されることも多いだろう。他害に近いような措置入院からの利用者との比較や、入院側がどういうつもりで出して受け入れる側がどういうつもりで受け入れるのかといった比較、マンパワーや機能によって対応がどう変わるのかといった興味は尽きない。後続の研究のヒントになるデータとなっているのではないかと。

野中 最初はできるのかと思ったが、大変良いデータが揃った。方法論としても対象としても学問的にも臨床的にも貴重なデータとなった。ただし重要なのは医療観察法だけを追究しても意味をなさない。地域精神保健全体の底上げをしないと意味がない。障害と医療と保健全体を貫く構造を作らないと限界が来るということをはっきりさせないといけないだろう。この研究は良い機会となった。

得津 通院者が増えてくる中で、障害者自立支援法や地域資源の問題に論点がシフトしてきているのではないか。やはり精神保健全体の位置づけで検討していく必要があるだろう。

資料 2-1 医療観察法対象者の地域ケア体制の確立に関する質問紙

医療観察法対象者の地域ケア体制の確立に関するアンケート調査

本調査は「過去、生活訓練施設(援護寮)による支援を行っていた、または現在も行っている施設」または、「障害者自立支援法における自立訓練(生活訓練)宿泊型を実施する事業所」を対象に実施しています。
該当する選択肢に○をつけてください。

1. 上記施設・事業所である、あった ☞ 以下の設問にお答えください。
2. 上記施設・事業所でない ☞ 調査は終了です。以下、空欄のまま返送してください。

調査実施日 平成 21 年 月 日

I. 貴施設についてお聞かせください。(平成21年10月現在)

設問1 施設設置主体を以下から1つお選びください。

1. 自治体立(公立) 2. 医療法人立 3. 社団法人(一般/公益) 4. 財団法人(一般/公益)
5. 社会福祉法人 6. 特定非営利活動法人 7. その他(具体的に)

設問2 運営主体を以下から1つお選びください。

1. 自治体立(公立) 2. 医療法人立 3. 社団法人(一般/公益) 4. 財団法人(一般/公益)
5. 社会福祉法人 6. 特定非営利活動法人 7. その他(具体的に)

設問3 貴施設の所在地を以下からお選びください。

1. 北海道・東北 2. 関東 3. 甲信越・北陸 4. 東海
5. 近畿 6. 中国・四国 7. 九州・沖縄

設問4 貴施設に属する職員は何人ですか？常勤と非常勤、兼務職員を合わせた人数をお書きください。

(名)

設問5 貴施設に属する職員のうち、以下の資格を保有する職員は何人いますか？

複数の資格を有する職員の場合は延べ人数で記入してください。

- | | | | |
|---------|-------|-------------|-------|
| 精神保健福祉士 | (名) | 社会福祉士 | (名) |
| 介護福祉士 | (名) | 臨床心理士 | (名) |
| 看護師・保健師 | (名) | 作業療法士 | (名) |
| | | 社会福祉主事任用資格者 | (名) |

設問6 貴法人内に精神科を標榜する医療機関はありますか？

1. ある ☞ I 設問7にお進みください。
2. ない ☞ I 設問8にお進みください。

設問7 **設問6で「1.ある」とお答えになった方**にお伺いします。貴法人内医療機関についてお答えください。

(1) 医療機関の種類と精神科病床数をお答えください。

種類に○をし、精神科病床数をお答えください。

1. 診療所	(床)	2. 総合病院等複数科の病院	(床)
3. 精神科を主とする病院	(床)	4. その他	(床)

※複数ある場合は病床数を合算してください。 ※診療所で病床がない場合は0床とお答えください。

(2) 該当する施設基準について当てはまるものをすべてお答えください。

1. 精神科一般病棟	2. 精神科急性期治療病棟	3. 精神科療養病棟
4. 精神科救急指定病棟	5. その他 ()	

(3) 貴法人内に医療観察法に定める指定通院医療機関はありますか？

1. ある
2. ない

設問8 **すべての方にお伺いします。**貴施設は自立支援法法定事業に移行していますか？

1. 移行している	☐ I 設問9-1にお進みください。
2. 移行していない	☐ II 設問9-2にお進みください。

設問9-1 **設問8で「1. 移行している」と回答した方**にお伺いします。

(1) 移行した事業は何ですか？ 事業名、定員数、移行時期をお答えください。

	事業名	定員数	移行時期
例	自立訓練(生活訓練)宿泊型	20	平成 19 年 10 月
			平成 年 月
			平成 年 月

(2) 移行する前の事業は何でしたか？

	事業名	定員数
例	精神障害者生活訓練施設	20

☐ II にお進みください。

設問9-2 **設問8で「2. 移行していない」と回答した方**にお伺いします。現在の事業は何ですか？

	事業名	定員数
例	精神障害者生活訓練施設	20

☐ II にお進みください。

Ⅱ. 医療観察法対象者の受入れについてお伺いします。**※平成17年7月(医療観察法施行)～平成21年10月の期間でお答えください。**

設問1 貴施設には医療観察法対象者の受入れに関する制限やルール、取決めはありますか？

1. ある ☞ 以下の空欄に具体的な内容をお書きください。その上でⅡ 設問2にお進みください。
 2. ない ☞ Ⅱ 設問2にお進みください。

(医療観察法対象者の受入れに関する制限やルール、取決め)

(例)同時期に2名までの受入れとしている。

設問2 平成21年4月より医療観察法対象者を受入れた場合、障害福祉サービス報酬の加算がつくようになりました。この制度についてご存知ですか？

1. 知っている ☞ 以下の空欄にご意見をお書きください。その上でⅡ 設問3にお進みください。
 2. 知らない ☞ Ⅱ 設問3にお進みください。

この制度に関するご意見をご記入ください。

設問3 医療観察法対象者の受入れに関する相談(施設見学、問合せを含む)を受けたことがありますか？

1. ある ☞ Ⅱ 設問4にお進みください。
 2. ない ☞ Ⅱ 設問7にお進みください。

設問4 **Ⅱ 設問3で「1. ある」と答えた方**にお伺いします。**見学や問合せを含む相談件数は何件でしたか？**

また、貴施設に受入れを打診された人数と実際に受入れた人数をご記入ください。

	相談件数	うち、受入打診数	受入人数	
平成17年度	件	名	名	※平成17年7月からの分をご記入ください。
平成18年度	件	名	名	
平成19年度	件	名	名	
平成20年度	件	名	名	
平成21年度	件	名	名	※平成21年10月までの分をご記入ください。

※相談件数は、医療観察法に視点を置いた施設見学、一般的な問い合わせなど広く捕らえてください。
 受入打診数は、具体的な事例があった場合です。

設問5 **Ⅱ 設問3で「1. ある」と答えた方**にお伺いします。

医療観察法対象者の受入れを打診され、それを断ったケースはありますか？

1. 断ったことがある ☞ 次ページ (1)(2)をご回答ください。
 2. 断ったことはない ☞ 設問6にお進みください。
 3. 受入れについて打診されたことがない ☞ 設問7にお進みください。

(1) 「1. 断ったことがある」と回答された方にお伺いします。

お断りになった理由は何ですか？ 以下の各項目についてお答えください。

「1. 該当する」「2. どちらかという該当する」「3. どちらかという該当しない」「4. 該当しない」の選択肢から選んで○をつけてください。

複数ケースある場合は、1人でも該当するケースがある場合は「1. 該当する」、または「2. どちらかという該当する」に○をつけてください。

		←該当する		該当しない→	
項目		チェック項目			
疾病・障害に係る要因	治療の効果が上がらない人格的要因を有していた	1	2	3	4
	身体障害を有していた	1	2	3	4
	知的障害を有していた	1	2	3	4
	精神の重複障害（発達障害・物質障害）を有していた	1	2	3	4
	重い精神症状が続いていた	1	2	3	4
	共同生活が困難と判断した	1	2	3	4
	対人関係に問題があった	1	2	3	4
	対象行為への内省が不十分であった	1	2	3	4
	治療の必要性和対象行為の関係が理解不足であった	1	2	3	4
	対象行為が殺人、殺人未遂であった	1	2	3	4
	対象行為が性犯罪、放火であった	1	2	3	4
	自殺の恐れがあった	1	2	3	4
	現実検討が不十分であった	1	2	3	4
	治療継続が困難であった	1	2	3	4
連携に係る要因	生活能力（金銭、服薬、食事）が不十分であった	1	2	3	4
	行方不明、無断外出の可能性があった	1	2	3	4
	家族との関係調整が難しいと判断した	1	2	3	4
	指定医療機関との連携が難しいと判断した	1	2	3	4
	社会復帰調整官との連携が難しいと判断した	1	2	3	4
	退所後の社会復帰施設の利用が難しいと判断した	1	2	3	4
施設側の要因	再被害行為が発生した場合の責任が不明確であった	1	2	3	4
	近隣住民の理解が得られないと判断した	1	2	3	4
	対応する職員数が不足していた	1	2	3	4
	一部の職員が受入れに反対した	1	2	3	4
	施設管理者（法人・経営層）が反対した	1	2	3	4
	個人情報の扱いが難しいと判断した	1	2	3	4
	再被害行為防止プログラムが負担であると判断した	1	2	3	4
	職員の不安が大きいと判断した	1	2	3	4
	暴力行為への対応が困難と判断した	1	2	3	4
	過去、入所者による事件・事故があった	1	2	3	4
	個室を提供することが難しいと判断した	1	2	3	4
	ケア会議への参加や報告が負担と考えた	1	2	3	4
	医療観察法制度の内容がよくわからなかった	1	2	3	4
	医療観察法自体に反対であった	1	2	3	4
施設への報酬が不十分であると判断した	1	2	3	4	

(2) 上記の他に断った理由がありますか？

☞ 設問6にお進みください。

設問6

Ⅱ 設問3で「1. ある」と答えた方にお伺いします。

貴施設で医療観察法対象者を受入れたことはありますか？

- | | |
|-----------------------|-----------------------|
| 1. 受入れたことがある(受け入れている) | ☞ 以下の(1)～(4)をご回答ください。 |
| 2. 受入れたことはない | ☞ Ⅱ 設問7にお進みください。 |

(1) 受入れてみてどんなことが大変でしたか？

以下の各項目について、大変だった理由として「**あてはまる**」場合は「1」、「**どちらかというにあてはまる**」場合は「2」、「**どちらかというにあてはまらない**」場合は「3」、「**あてはまらない**」場合は「4」に○をつけてください。

		あてはまる		あてはまらない	
項目		チェック項目			
疾病・障害に係る要因	治療の効果が上がらない人格的要因を有していた	1	2	3	4
	身体障害を有していた	1	2	3	4
	知的障害を有していた	1	2	3	4
	精神の重複障害（発達障害・物質障害）を有していた	1	2	3	4
	重い精神症状が続いていた	1	2	3	4
	共同生活が困難であった	1	2	3	4
	対人関係に問題があった	1	2	3	4
	対象行為への内省が不十分であった	1	2	3	4
	治療の必要性和対象行為の関係が理解不足であった	1	2	3	4
	対象行為が殺人、殺人未遂であった	1	2	3	4
	対象行為が性犯罪、放火であった	1	2	3	4
	自殺の恐れがあった	1	2	3	4
	現実検討が不十分であった	1	2	3	4
	治療継続が困難であった	1	2	3	4
	生活能力（金銭、服薬、食事）が不十分であった	1	2	3	4
行方不明、無断外出の可能性があった	1	2	3	4	
連携に係る要因	家族との関係調整が難しかった	1	2	3	4
	指定医療機関との連携が難しかった	1	2	3	4
	社会復帰調整官との連携が難しかった	1	2	3	4
	退所後の社会復帰施設の利用が難しかった	1	2	3	4
	再被害行為が発生した場合の責任が不明確であった	1	2	3	4
	近隣住民の理解が得られなかった	1	2	3	4
施設側の要因	対応する職員数が不足していた	1	2	3	4
	一部の職員が受入れに反対していた	1	2	3	4
	施設管理者（法人・経営層）の協力が得られなかった	1	2	3	4
	個人情報の扱いが難しかった	1	2	3	4
	再被害行為防止プログラムが負担であった	1	2	3	4
	職員の不安が大きかった	1	2	3	4
	暴力行為への対応が困難であった	1	2	3	4
	ケア会議への参加や報告が負担であった	1	2	3	4
	医療観察法制度の内容がよくわからなかった	1	2	3	4
	施設への報酬が不十分であった	1	2	3	4

(2) 上記の他に大変だった理由がありますか？

(3) 医療観察法対象者に対して、他の入所者と異なる特別な支援を行いましたか？

1. 行った ☞ 以下の空欄に具体的な異なる点をご記入の上、(4)にお進みください。
2. 行かなかった ☞ (4)にお進みください。

(具体的な内容)

(4) 退所された医療観察法対象者はどこに退所されましたか？ 退所年度ごとに記入ください。
退所形態がわからない場合は「不明(把握していない)」に人数を加算してください。

	17年度	18年度	19年度	20年度	21年度
公営住宅					
居住系サービス(グループホーム、ケアホームなど)					
一般住宅(賃貸アパートを含む)					
医療観察法による入院処遇					
上記以外の入院					
死亡または行方不明					
不明(把握していない)					
その他(具体的に) → ()					

※7月から

※10月末まで

設問7 すべての方にお伺いします。医療観察法対象者を今後受入れていくつもりはありますか？

1. 現在受入れているし、今後も受入れていく方針
2. 現在受入れているが、今後は受入れない方針
3. 現在受入れていないが、今後は条件が整えば受入れていく方針
4. 現在受入れておらず、今後も受入れない方針
5. 現在受入れておらず、今後の受け入れは未定

受入れるために必要な条件や課題について、ご自由にお書きください。

設問8 すべての方にお伺いします。貴施設が受入れる(受入れた)対象者がグループホームや住居等へ移行する際に生じると予想される(あるいは生じた)課題や困難があればお書きください。

Ⅲ. その他

設問1 医療観察法対象者の社会復帰を促進するためには何が必要だと思いますか？
ご自由にお書きください。

設問2 医療観察法に関するご意見をご自由にお書きください。

お忙しいところご協力いただき誠にありがとうございました。
ご記入いただきました内容は同封の返信用封筒にてご返送ください。

資料 2-2 研究等倫理審査結果報告書

受付番号 1

財団法人横浜市総合保健医療財団 研究等倫理審査結果報告書

平成21年9月25日

申請者

伊藤 未知代 様

財団法人横浜市総合保健医療財団倫理委員会

委員長 萩原 信吾

研究名 「医療観察法対象者の社会復帰に関する先駆的実践事業及び精神障害者の地域生活移行を実現する標準生活実践型モデルの確立に関する研究」

研究責任者 伊藤 未知代 所属 地域精神保健課 職名 生活訓練係長

下記の研究等を平成21年9月25日に委員会では審査した結果を次のとおり報告します。

審査結果	承認 ・ <u>条件付き承認</u> ・ 変更の勧告 ・ 不承認 ・ 非該当
条件、変更すべき内容、不承認の理由	
・ 条件 倫理委員会としては、研究を行うことは重要であると考え許可する。 但し、対象となる者からの「同意書」については、本人から取ったうえで行うこととすること。 また、同意書は出来るだけ簡易にし、協力を得られやすい形に工夫すること。 以上。	

資料 2-3 質問紙調査 クロス集計結果表

次ページより、受入状況に関する 5 つの設問を、6 つの属性でクロス集計を行った結果を示す。

＜受入状況に関する設問＞

設問	凡例
①相談	あり なし
②受入打診	あり なし
③受入れを断った経験	あり なし
④受入実績	あり なし
⑤今後の受入方針	受入れない 受入れる 未定

＜クロス集計に用いた 6 つの属性＞

属性	凡例
①施設設置主体	自治体立（公立）、医療法人立、社団法人（一般/公益）、財団法人（一般/公益）、社会福祉法人、特定非営利活動法人 ※集計結果は、社団法人（一般/公益）、財団法人（一般/公益）、特定非営利活動法人をまとめて表記した。
②運営主体	同上
③所在地	北海道・東北、関東、甲信越・北陸、東海、近畿、中国・四国、九州・沖縄
④職員数	5 人未満、5～10 人、10～15 人、15～20 人、20～30 人、30 人以上
⑤法人内における 指定通院医療機関の 有無	指定通院医療機関あり、指定通院医療機関なし
⑥障害者自立支援法 への移行状況	移行済み、未移行

①－１ 相談の有無(施設設置主体別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
自治体立（公立）	7	3	10	70.0	30.0	100.0
医療法人立	43	72	115	37.4	62.6	100.0
社団・財団・NPO	2	5	7	28.6	71.4	100.0
社会福祉法人	23	24	47	48.9	51.1	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	75	105	180	41.7	58.3	100.0

①－２ 相談の有無(運営主体別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
自治体立（公立）	4	2	6	66.7	33.3	100.0
医療法人立	43	72	115	37.4	62.6	100.0
社団・財団・NPO	4	5	9	44.4	55.6	100.0
社会福祉法人	24	25	49	49.0	51.0	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	75	105	180	41.7	58.3	100.0

①－３ 相談の有無(所在地別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
北海道・東北	12	17	29	41.4	58.6	100.0
関東	21	25	46	45.7	54.3	100.0
甲信越・北陸	8	12	20	40.0	60.0	100.0
東海	5	8	13	38.5	61.5	100.0
近畿	5	11	16	31.3	68.8	100.0
中国・四国	13	12	25	52.0	48.0	100.0
九州・沖縄	11	19	30	36.7	63.3	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	75	105	180	41.7	58.3	100.0

①-4 相談の有無(職員数別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
5人未満	0	2	2	0.0	100.0	100.0
5～10人	49	84	133	36.8	63.2	100.0
10～15人	17	11	28	60.7	39.3	100.0
15～20人	3	4	7	42.9	57.1	100.0
20～30人	2	2	4	50.0	50.0	100.0
30人以上	3	1	4	75.0	25.0	100.0
無回答	1	1	2	50.0	50.0	100.0
合計	75	105	180	41.7	58.3	100.0

①-5 相談の有無(法人内における指定医療機関の有無別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
指定医療機関あり	30	15	45	66.7	33.3	100.0
指定医療機関なし	19	59	78	24.4	75.6	100.0
無回答	26	31	57	45.6	54.4	100.0
合計	75	105	180	41.7	58.3	100.0

①-6 相談の有無(障害者自立支援法への移行状況別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
移行済み	14	23	37	37.8	62.2	100.0
未移行	61	81	142	43.0	57.0	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	75	105	180	41.7	58.3	100.0

②-1 受入打診の有無(施設設置主体別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
自治体立(公立)	6	4	10	60.0	40.0	100.0
医療法人立	37	78	115	32.2	67.8	100.0
社団・財団・NPO	2	5	7	28.6	71.4	100.0
社会福祉法人	21	26	47	44.7	55.3	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	66	114	180	36.7	63.3	100.0

②-2 受入打診の有無(運営主体別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
自治体立(公立)	4	2	6	66.7	33.3	100.0
医療法人立	37	78	115	32.2	67.8	100.0
社団・財団・NPO	3	6	9	33.3	66.7	100.0
社会福祉法人	22	27	49	44.9	55.1	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	66	114	180	36.7	63.3	100.0

②-3 受入打診の有無(所在地別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
北海道・東北	12	17	29	41.4	58.6	100.0
関東	16	30	46	34.8	65.2	100.0
甲信越・北陸	7	13	20	35.0	65.0	100.0
東海	4	9	13	30.8	69.2	100.0
近畿	5	11	16	31.3	68.8	100.0
中国・四国	12	13	25	48.0	52.0	100.0
九州・沖縄	10	20	30	33.3	66.7	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	66	114	180	36.7	63.3	100.0

②-4 受入打診の有無(職員数別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
5人未満	0	2	2	0.0	100.0	100.0
5～10人	45	88	133	33.8	66.2	100.0
10～15人	13	15	28	46.4	53.6	100.0
15～20人	3	4	7	42.9	57.1	100.0
20～30人	1	3	4	25.0	75.0	100.0
30人以上	3	1	4	75.0	25.0	100.0
無回答	1	1	2	50.0	50.0	100.0
合計	66	114	180	36.7	63.3	100.0

②-5 受入打診の有無(法人内における指定医療機関の有無別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
指定医療機関あり	26	19	45	57.8	42.2	100.0
指定医療機関なし	17	61	78	21.8	78.2	100.0
無回答	23	34	57	40.4	59.6	100.0
合計	66	114	180	36.7	63.3	100.0

②-6 受入打診の有無(障害者自立支援法への移行状況別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
移行済み	12	25	37	32.4	67.6	100.0
未移行	54	88	142	38.0	62.0	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	66	114	180	36.7	63.3	100.0

③-1 受入を断ったことの有無(施設設置主体別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
自治体立(公立)	1	5	6	16.7	83.3	100.0
医療法人立	11	26	37	29.7	70.3	100.0
社団・財団・NPO	1	1	2	50.0	50.0	100.0
社会福祉法人	4	18	22	18.2	81.8	100.0
合計	17	49	66	25.8	74.2	100.0

③-2 受入を断ったことの有無(運営主体別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
自治体立(公立)	0	4	4	0.0	100.0	100.0
医療法人立	11	26	37	29.7	70.3	100.0
社団・財団・NPO	2	7	9	22.2	77.8	100.0
社会福祉法人	4	18	22	18.2	81.8	100.0
合計	17	49	66	25.8	74.2	100.0

③-3 受入を断ったことの有無(所在地別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
北海道・東北	1	11	12	8.3	91.7	100.0
関東	6	10	16	37.5	62.5	100.0
甲信越・北陸	2	5	7	28.6	71.4	100.0
東海	0	4	4	0.0	100.0	100.0
近畿	2	3	5	40.0	60.0	100.0
中国・四国	3	9	12	25.0	75.0	100.0
九州・沖縄	3	7	10	30.0	70.0	100.0
合計	17	49	66	25.8	74.2	100.0

③-4 受入れを断ったことの有無(職員数別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
5人未満	0	0	0	-	-	-
5～10人	11	34	45	24.4	75.6	100.0
10～15人	4	9	13	30.8	69.2	100.0
15～20人	1	2	3	33.3	66.7	100.0
20～30人	1	0	1	100.0	0.0	100.0
30人以上	0	3	3	0.0	100.0	100.0
無回答	0	0	1	0.0	0.0	100.0
合計	17	49	66	25.8	74.2	100.0

③-5 受入れを断ったことの有無(法人内における指定医療機関の有無別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
指定医療機関あり	4	22	26	15.4	84.6	100.0
指定医療機関なし	9	8	17	52.9	47.1	100.0
無回答	4	19	23	17.4	82.6	100.0
合計	17	49	66	25.8	74.2	100.0

③-6 受入れを断ったことの有無(障害者自立支援法への移行状況)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
移行済み	3	9	12	25.0	75.0	100.0
未移行	14	40	54	25.9	74.1	100.0
無回答	0	0	0	-	-	-
合計	17	49	66	25.8	74.2	100.0

④－１ 受入実績の有無(施設設置主体別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
自治体立（公立）	5	5	10	50.0	50.0	100.0
医療法人立	18	97	115	15.7	84.3	100.0
社団・財団・NPO	1	6	7	14.3	85.7	100.0
社会福祉法人	13	34	47	27.7	72.3	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	37	143	180	20.6	79.4	100.0

④－２ 受入実績の有無(運営主体別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
自治体立（公立）	4	2	6	66.7	33.3	100.0
医療法人立	18	97	115	15.7	84.3	100.0
社団・財団・NPO	2	7	9	22.2	77.8	100.0
社会福祉法人	13	36	49	26.5	73.5	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	37	143	180	20.6	79.4	100.0

④－３ 受入実績の有無(所在地別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
北海道・東北	8	21	29	27.6	72.4	100.0
関東	10	36	46	21.7	78.3	100.0
甲信越・北陸	4	16	20	20.0	80.0	100.0
東海	3	10	13	23.1	76.9	100.0
近畿	2	14	16	12.5	87.5	100.0
中国・四国	5	20	25	20.0	80.0	100.0
九州・沖縄	5	25	30	16.7	83.3	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	37	143	180	20.6	79.4	100.0

④－４ 受入実績の有無(職員数別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
5人未満	0	2	2	0.0	100.0	100.0
5～10人	22	111	133	16.5	83.5	100.0
10～15人	8	20	28	28.6	71.4	100.0
15～20人	2	5	7	28.6	71.4	100.0
20～30人	1	3	4	25.0	75.0	100.0
30人以上	3	1	4	75.0	25.0	100.0
無回答	1	1	2	50.0	50.0	100.0
合計	37	143	180	20.6	79.4	100.0

④－５ 受入実績の有無(法人内における指定医療機関の有無別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
指定医療機関あり	15	30	45	33.3	66.7	100.0
指定医療機関なし	7	71	78	9.0	91.0	100.0
無回答	15	42	57	26.3	73.7	100.0
合計	37	143	180	20.6	79.4	100.0

④－６ 受入実績の有無(障害者自立支援法への移行状況別)

	あり	なし	合計	あり	なし	合計
	度数			割合[%]		
移行済み	8	29	37	21.6	78.4	100.0
未移行	29	113	142	20.4	79.6	100.0
無回答	0	1	1	0.0	100.0	100.0
合計	37	143	180	20.6	79.4	100.0

⑤- 1 今後の受入方針（施設設置主体別）

		受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計	受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計
		度数					割合[%]				
自治体立（公立）	度数	6	0	4	0	10	60.0	0.0	40.0	0.0	100.0
医療法人立		25	22	62	3	112	22.3	19.6	55.4	2.7	100.0
社団・財団・NPO		2	0	5	0	7	28.6	0.0	71.4	0.0	100.0
社会福祉法人		26	6	13	2	47	55.3	12.8	27.7	4.3	100.0
無回答		0	0	1	3	4	0.0	0.0	25.0	75.0	100.0
合計		59	28	85	8	180	32.8	15.6	47.2	4.4	100.0
自治体立（公立）	割合[%]	10.2	0.0	4.7	0.0	5.6					
医療法人立		42.4	78.6	72.9	37.5	62.2					
社団・財団・NPO		3.4	0.0	5.9	0.0	3.9					
社会福祉法人		44.1	21.4	15.3	25.0	26.1					
無回答		0.0	0.0	1.2	37.5	2.2					
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					

⑤- 2 今後の受入方針（運営主体別）

		受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計	受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計
		度数					割合[%]				
自治体立（公立）	度数	4	0	2	0	6	66.7	0.0	33.3	0.0	100.0
医療法人立		25	22	63	5	115	21.7	19.1	54.8	4.3	100.0
社団・財団・NPO		3	0	6	0	9	33.3	0.0	66.7	0.0	100.0
社会福祉法人		27	6	14	2	49	55.1	12.2	28.6	4.1	100.0
無回答		0	0	0	1	1	0.0	0.0	0.0	100.0	100.0
合計		59	28	85	8	180	32.8	15.6	47.2	4.4	100.0
自治体立（公立）	割合[%]	6.8	0.0	2.4	0.0	3.3					
医療法人立		42.4	78.6	74.1	62.5	63.9					
社団・財団・NPO		5.1	0.0	7.1	0.0	5.0					
社会福祉法人		45.8	21.4	16.5	25.0	27.2					
無回答		0.0	0.0	0.0	12.5	0.6					
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					

⑤－３ 今後の受入方針(所在地別)

		受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計	受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計
		度数					割合[%]				
北海道・東北	度数	12	3	12	2	29	41.4	10.3	41.4	6.9	100.0
関東		15	10	20	1	46	32.6	21.7	43.5	2.2	100.0
甲信越・北陸		5	3	9	3	20	25.0	15.0	45.0	15.0	100.0
東海		4	2	7	0	13	30.8	15.4	53.8	0.0	100.0
近畿		1	5	10	0	16	6.3	31.3	62.5	0.0	100.0
中国・四国		12	0	12	1	25	48.0	0.0	48.0	4.0	100.0
九州・沖縄		10	5	14	1	30	33.3	16.7	46.7	3.3	100.0
無回答		0	0	1	0	1	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
合計		59	28	85	8	180	32.8	15.6	47.2	4.4	100.0
北海道・東北	割合[%]	20.3	10.7	14.1	25.0	16.1					
関東		25.4	35.7	23.5	12.5	25.6					
甲信越・北陸		8.5	10.7	10.6	37.5	11.1					
東海		6.8	7.1	8.2	0.0	7.2					
近畿		1.7	17.9	11.8	0.0	8.9					
中国・四国		20.3	0.0	14.1	12.5	13.9					
九州・沖縄		16.9	17.9	16.5	12.5	16.7					
無回答		0.0	0.0	1.2	0.0	0.6					
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					

⑤－４ 今後の受入方針(職員数別)

		受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計	受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計
		度数					割合[%]				
5人未満	度数	0	0	2	0	2	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
5～10人		34	21	73	5	133	25.6	15.8	54.9	3.8	100.0
10～15人		16	5	6	1	28	57.1	17.9	21.4	3.6	100.0
15～20人		3	1	3	0	7	42.9	14.3	42.9	0.0	100.0
20～30人		1	1	1	1	4	25.0	25.0	25.0	25.0	100.0
30人以上		4	0	0	0	4	100.0	0.0	0.0	0.0	100.0
無回答		1	0	0	1	2	50.0	0.0	0.0	50.0	100.0
合計		59	28	85	8	180	32.8	15.6	47.2	4.4	100.0
5人未満	割合[%]	0.0	0.0	2.4	0.0	1.1					
5～10人		57.6	75.0	85.9	62.5	73.9					
10～15人		27.1	17.9	7.1	12.5	15.6					
15～20人		5.1	3.6	3.5	0.0	3.9					
20～30人		1.7	3.6	1.2	12.5	2.2					
30人以上		6.8	0.0	0.0	0.0	2.2					
無回答		1.7	0.0	0.0	12.5	1.1					
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					

⑤－５ 今後の受入方針(法人内における指定医療機関の有無別)

		受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計	受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計
		度数					割合[%]				
指定医療機関あり	度数	21	4	16	4	45	46.7	8.9	35.6	8.9	100.0
指定医療機関なし		13	16	46	3	78	16.7	20.5	59.0	3.8	100.0
無回答		25	8	23	1	57	43.9	14.0	40.4	1.8	100.0
合計		59	28	85	8	180	32.8	15.6	47.2	4.4	100.0
指定医療機関あり	割合[%]	35.6	14.3	18.8	50.0	25.0					
指定医療機関なし		22.0	57.1	54.1	37.5	43.3					
無回答		42.4	28.6	27.1	12.5	31.7					
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					

⑤－６ 今後の受入方針(障害者自立支援法への移行状況別)

		受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計	受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計
		度数					割合[%]				
移行済み	度数	12	8	15	2	37	32.4	21.6	40.5	5.4	100.0
未移行		47	20	69	6	142	33.1	14.1	48.6	4.2	100.0
無回答		0	0	1	0	1	0.0	0.0	100.0	0.0	100.0
合計		59	28	85	8	180	32.8	15.6	47.2	4.4	100.0
移行済み	割合[%]	20.3	28.6	17.6	25.0	20.6					
未移行		79.7	71.4	81.2	75.0	78.9					
無回答		0.0	0.0	1.2	0.0	0.6					
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					

⑤－7 今後の受入方針(受入実績の有無別)

		受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計	受け入れる	受け入れない	未定	無回答	合計
		度数					割合[%]				
受入実績あり	度数	28	4	1	4	37	75.7	10.8	2.7	10.8	100.0
受入実績なし		31	24	84	4	143	21.7	16.8	58.7	2.8	100.0
合計		59	28	85	8	180	32.8	15.6	47.2	4.4	100.0
受入実績あり	割合	47.5	14.3	1.2	50.0	20.6					
受入実績なし		52.5	85.7	98.8	50.0	79.4					
合計		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0					

資料 2-4 質問紙調査 記述式回答結果 ①医療観察法対象者の社会復帰促進要因

質問紙調査において、「医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの」として調査対象施設に記載いただいた内容を以下に転記する。

医療観察法対象者の受入実績の有無、今後の受入方針により、表を分けて記載した。報告書に掲載する都合上、用語の統一等、原文に若干の修正を行っている点にご理解いただきたい。

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れていく方針とした施設（受入実績あり）
対象者には治療支援が必要だということを知る。 再他害行為時（後）の対応（対処）のマニュアルのようなもの
ご本人が行ったことに対する自覚を生活訓練施設にこられる前にもつようにした方がよいと思われます。 医療観察法対象者のみでなく精神と知的の両障害のある方の社会復帰の促進は困難でありこの方々の為の特別なグループホームが必要だと思われます。
関係機関、地域の理解、多職種多機関の支援
当事者本人の自立したい気持ちと、その気持ちを応援することができる家族や関係機関が大切な因子である。特に主治医の理解や意見が大きな影響となる。
対象者を支持するための協力支援事業所の理解と、地域移行前後も含めた持続的なサポート体制を整えることが肝要かと思います。
地域処遇に関して、行き着くところどれだけ個別ケアの質と量を提供できるかによるのではないかと思います。もっと地域処遇に関する予算付けをし、個別ケアを行っていただける体制が必要。地域のボランティアだけでは、継続しないと考える。
・地域の受け皿である社会復帰施設や在宅の福祉サービスの拡充と質の確保が必要であると思います。 ・医療観察法対象者に対する地域住民の理解を得るための啓蒙活動も必要であると思います。
入院処遇と通院処遇では、ハード面での差が明らか、入院・通院を一貫して行う（一つの医療施設が行う）ということが望ましいと思います。
社会資源（グループホーム等）、人的社会資源。
受入れ施設やリハビリ施設を増やすことや、施設への理解を得るための施策を徹底する。 医療機関との連携等。
地域の関係機関に対して説明を積み重ねる（制度についての課題、現場での悩み）。
各対象者にとって、利用しやすい場所にある指定医療機関（通院・デイケア・訪問）、訪問サービスの充実、各関係機関の連携
ADL に問題がなければグループホームか単身生活が適当かと思うが、保証人などの問題があるので保証機関が必要。
社会復帰とは追い出すのではなく支えていってあげることと考えております。本人を孤独にさせることなく地域社会地域住民、特に家族の存在は大きいと思います。本人が安心、安全に生活できるようまわりのサポートが大切ではないでしょうか。また本人の身近な社会資源を気軽に活用していただけるよう援

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れていく方針とした施設（受入実績あり）
助、指導も必要かと思います。
・医療観察制度に関する研修制度。 ・罪を犯した精神障害者の地域処遇や支援に関する研修制度。 ・物質性障害（薬物依存・アルコール依存）に関する研修制度の義務化。 ・居住系サービスにおける体験利用（入院処遇中の外泊）の充実。
夜間・休日の支援が十分に行える人的・経済的体制がグループホーム等に整っていることや、地域生活の安定を図るため相談支援事業の充実、地域で支える為のネットワーキングが必要。

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れていく方針とした施設（受入実績なし）
住民の理解 雇用先の確保。
周囲の理解と協力。
責任の所在。
社会復帰調整官が社会復帰後の生活支援にも、継続して再他害行為が起きないための体制づくり。責任のなすりつけあいにならないようなサービス体制が大切と思う。
他機関の連携
地域で暮らすための資源（就労場所、訓練事業所、アパートやグループホームなどの住まいの場）
受入先が充実していること。
それに従事する職員の待遇など国や自治体の協力なしには不可能だと思います。
地域生活支援サイドの支援力を高めることは重要。また、専門職の配置の義務化など。
対象行為を行った原因が病状によるものかどうか？病状ならば改善できるのかがポイントになると思います。それゆえに、その点がクリアになっていると社会復帰できる可能性（受ける施設は安心できる）が高まると考えます。
・専門の支援プログラムと職員の増員、スキルアップ。 ・医療観察法適用の期間延長。 ・関係機関のさらなる支援。
ケース、病状によって異なるだろうが、通常の医療・福祉の回復モデルでスムーズに行くと問題ないが、再他害行為を繰り返す様なケースには、どんな手があるのかあまり想像できない。
医療観察法対象者にならないか、窃盗、万引き等の行為を数度繰り返し、刑務所での生活に慣れてしまったのかと思える様な知的障害と精神障害の重複したケースでは地域生活維持が困難である。
後見人制度。
地域社会における諸団体のチームケア。市民の理解。
・各関係機関が連携した支援体制を確立すること。 ・対象者が、「社会復帰を目指す」という強固な意志目標をもつこと。
・病院（入院）からすぐ一般の社会復帰施設ではなく、医療観察法対象者向けの中間施設を経た後、対象者の状態、生活態度等の見極めを行ったほしいと思います。見極め内容によって、地域生活なのか社会復帰施設なのかという流れがあった方がよいと思います。

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れていく方針とした施設（受入実績なし）
地方だと社会資源が不足して利用できるサービスが限られてしまいます。選択することも難しい現状があります。
・入所中から積極的な就労支援（作業所等も含む）。 ・施設から地域で生活される際の住居の保証人確保。 ・処遇が終了すると社会復帰調整官や保健師等の支援が継続できないが、できれば支援を継続できるシステム。
入院処遇から通院処遇まで継続した支援。
地元の人を受け入れるのか、また、全然知らない人、例えば地元病院以外の受診者などの扱い方、医師との連携はどうすればいいのか？
対象者の状況にもよるが、一つの機関一人の職員が抱え込む体制では社会復帰は進まないと思われます。
関係機関、職種の専門家の連携を基盤とした支援が可能な体制が組まれる必要があると思います。

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れない方針、あるいは未定とした施設（受入実績あり）
治療の継続性と社会資源の多さ、受け入れる側はリスクを考えなければいけないので、手厚い支援体制は必要だと考えます。
入院処遇のスタッフ並みとは言わないが、通院処遇であっても対象者の支援にはもう少し人的な配置への予算化の仕組みがほしい。
指定医療機関での利用者に対する分析、特に暮らし、家庭での受入れについて十分でないと思われます。
治療の継続、多くの関係者による途切れのない観察
市民の不安感を和らげるための緊急時対応体制の充実を図る。
また、一般社会の理解の増進に向けての啓蒙、啓発。
更生保護施設の充実、スタッフの賃金アップ。

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れない方針、あるいは未定とした施設（受入実績なし）
生活訓練施設はあくまで障害者の”生活訓練”に支援の中心をおいており、医療観察法対象者の対象行為への内省といった部分についての生活は当施設では難しい。そのため、専用の機関をつくるべきではないかと感じる。
①対象者としてひとくくりにして対応策を考えることに無理がある。 ②人は本来善なるものとの前提で考えるならばすべての人に人は善なるものという哲学を徹底することがよいのかも。
復帰後の人的、物的支援の拡充、一般市民への法制度の理解促進、司法関係者の精神科患者の理解（特に裁判所職員、判事） その上での医療観察法指定医療機関の拡大。

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れない方針、あるいは未定とした施設（受入実績なし）
・ 支援者の研修。 ・ 支援者の支援ネットワーク 等
社会資源（住宅等）の整備が第１。その次に人的な援助体勢の整備が求められる。
地域生活を営んでもらうには、十分な体制整備が不可欠です。在宅は入院入所以上に受け皿の充実が必要と考えます。 経済的にも負担が必要なことは介護で証明済みであるにもかかわらず進めればいつか社会的問題の発生が予測されますし、問題がおきれば、社会防衛の流れに向います。医学的薬物管理には、限界がある以上、生活上の支えの充実を図らない限り出口はないと考えております。
医療観察法対象者に限定した専門の入所（通過型）施設を作りたいと思います。 職員に今以上の負担が増す。
行政主導の支援。
地域に生活に移された後のアフターケアが弱い。経済的基盤を確立する手立ても同様に必要。 就労系のプログラムを取り入れること。
専用、単独の管理が必要。
対応する職員に対しての研修等。
訪問看護が用意されていること。
・ あまりイメージできない（どんなサポートが必要なのか？）。 ・ 成功例があまり見受けられない。 ・ 他害行為等を行ってしまう患者の衝動性のコントロール、どう歯止めを作るか難しい。
看護師や、病院スタッフが、基礎知識を持つこと。またその勉強会や、研修等。
継続的に見守りができ多職種で構成される訪問を主体とする機関が対象者に関わらず求められるように思います。相談支援事業所での対応は困難で新たな枠組みが必要ではないでしょうか。
受入れ先への理解。指定入院機関や社会復帰調整官からの情報や説明が不可欠だと思う。
専門医療機関、及び専門職員の確保
本人の気持ちに寄り添いながら、本人をサポートできるネットワークを広げていく。 世間の偏見を取り除いていく。正しい知識や障害に対する理解を広めていく。
生活しながら通所する場がないと長期にみてうまくいかないと思います。 昼間通所できる施設の充実が、まず第一と考えます。 施設も一般利用者となってははじめは難しいと思う。
①正確な鑑定が行われることを前提として、対象者が納得した上で通院、服薬が継続できるような指定医療機関での関わりが必須と思われる。 ②居住地について、どの程度本人の意向が反映できるのか疑問だが、まず住居の確保を支援する行政的な手立てが必要かと思われる。 ③退院後の本人の生活設計を実現できるような資源、及び支援の提供が必要。 ④本人にとって信頼できる継続的な支援者が必要。
勉強会。研修会。説明会。まずスタッフ育成。

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れない方針、あるいは未定とした施設（受入実績なし）	
幅広いサポート体制。	
①上部組織（県・市・企業・地域）への啓発活動をもっと進める。 ②公的病院からの受入例を増やすことと事例研究。	
公的機関が地域での受入を積極的に担っていくべき。	
地域生活で関われるマンパワーだと思います。継続して関われる他部門の援助職が確保できればよい。 他の施設はどうか分かりませんが当施設は現利用者 20 名の支援よりも卒業した 350 名の用件で日々忙殺されています。障害者自立支援法下の地域活動支援センターの動きが最近鈍いように思う。	
フォーマル・インフォーマルを含め、環境が整っていないと促進にはつながらない。 またマスメディアの報道などによる、精神障害者は犯罪を起こしやすいという誤解があるのではない か。 精神障害者への偏見をどのようにフォローアップするのが問われるのではないだろうか。	
・ 受入体制の整備。 ・ 地域での支援体制の確立。 ・ 実態の調査。 ・ 再被害行為のおそれのある対象者の処遇。	
対象者を受け入れる側（施設、地域）の理解。様々な事情があるとしても再被害行為に至らぬよう継続的な働きかけなどの支援体制。	
地域に 24 時間対応のサポートシステム（事業所）か、インフォーマルなサポートがほしい。	
地域住民（一般国民）の理解。 対象者を支える（みまもり）（重大な事が起こってしまう前に対応可能な）態勢。	
適切な医療。柔軟な対応のできる場所。その後のフォローアップ体制。	
病気を受け入れ、治療を受ける。	
医療ケア。 更生プログラム。	
総合的にリハビリができる設備が必要。 また、再被害行為を繰り返す患者の支援方法等の条件の法的な整備も必要と思う。	
・ 受入先のスタッフの教育（研修）の場を多く作り、不安を取りさること。 ・ 病院スタッフの教育（受け皿）。 ・ pt を送る側の情報を多く出すこと。	
医療観察法に対する周知、障害者自立支援法に関する情報提供。	
地域での受入体制。ATC を使う。	
周囲の理解。そのためにも、対象者の更生や生活能力を改善、獲得するような支援は必要であるし、「対象行為を繰り返さない」という本人の意志、意識付けも大切だと思います。 また、社会復帰後も、定期的に訪問する、緊急時の対応など、しっかり環境を整えておく必要がある と思います。	
対応できる人間を増やし、対応できる施設を増やすこと。	

医療観察法対象者の社会復帰を促進するために必要なもの 回答者：今後受け入れない方針、あるいは未定とした施設（受入実績なし）
制度的サポート（有事の際の円滑な対応、保証人や経済的援助など）。 関係機関の理解促進。モデルケースのPRなど。
本人の状態や制度上の支援体制等につき一般への広報を行う。
・マンパワーの増員（対象者の生活訓練に対応する専門資格者）。 ・更なる報酬の加算のアップの必要性。
社会資源の少なさや地域住民の理解など。
医療観察法対象者の社会復帰等の問題については慎重に考えていかなければいけないと考えます。 一個人の考えでなく、法人全体を含め、地域の人達の意見も広く聞いていかなければならない問題だと思います。
民間施設に任せるのではなく、公的施設でモデルケースを作り、支援技術等を普及させるべきと思います。
壁がありすぎるため、医療観察法における研修の実施強化。
適切な医療と対象者自らの理解。関係機関の連携、及び受け皿の整備。地域住民の理解。
医療、行政の支援環境がきちんと整っている場所。 一般的な地域に移行することは、周囲の不安を解消できないと思う。
本人が安心して地域で暮らせるように、医療体制や福祉サービスの充実
対象者を受け入れた場合、加算がつくのは知っているが、具体的なプログラムの実施については理解していない。現在、委託された事業所が研修会や説明会をしているが、興味のあるスタッフは参加しても、管理・運営者は行けない。県主催の事業者説明会として強制力を持たせるか、年1回程度の苦情・虐待処理の研修と同様に、出席に必須性を持たせてはどうか？と思う。
行政が主導する更生プログラム。
法の周知（一般の人）。

資料 2-5 質問紙調査 記述式回答結果 ②医療観察法への意見

質問紙調査において調査対象施設に記載していただいた「医療観察法への意見」を以下に転記する。
医療観察法対象者の受入実績の有無、今後の受入れ方針により、表を分けて記載した。報告書に記載する都合上、用語の統一等、多少の修正は行っている。

医療観察法への意見
回答者：今後受け入れていく方針とした施設（受入実績あり）
受け皿にはもっとお金を＝必要な人材確保ができる。
まだ1人しか関わっていないのでわかりませんが入院中の処遇が適切かどうか疑問に思えます。 それは結果的に対象行為について本人が理解されていなかった為です。
通院処遇の期間後の地域の支援体制について、現在の社会資源だけでは負担が大きくなりすぎるのではないかと定期的に支援機関が集まり情報共有の場を設ける必要があり、窓口となる機関にはやはり補助のようなものが必要だと思う。
国の予算をもっと増やすことにより、受入先（医療機関も含め）が増え、支援する人も増え、当事者本人も地域で安心して暮らせるようになると思う。そのことが精神科領域全体の地域移行を進めていくことになることを期待したい。
新たに制定された法ではあるが、それを支える政策の整備など準備が不完全であると思う。（現在の精神障害者に対する施策が弱い） 今後はこれらの整備が必要かと思います。
対象行為を行ってから、1年以上が経過し本人は、地域生活で安定した生活を送っているにも関わらず、申し立てがされ鑑定入院となるケースも散見されている。申し立てのタイミングについて検察に配慮を求めたいが、配慮では改善できないとすれば、法律で申し立ての期日をしばることが必要とも思われる。
指定医療機関については、人員や予算面の補助があり、手厚いケアが行われているが、社会復帰施設については、補助が少なく、マンパワーも確保しにくいと思います。
退院申し立てをしても結果が出るまでに2か月ほどかかっており、その間にも症状の変化は当然あり得ること。申し立て時には良くても、決定が出た時には状態が悪い。ということは受入側からすれば、受入れ難い状況です。
医療のみに偏った予算配分を是正してほしい。必要なのは、福祉分野への人的、財政的予算配分。
入居を予定されている対象者がいる場合、入居までの一定期間、空き部屋を確保しなければいけないという点についてベッド確保のための何らかの優遇を検討していただきたい。
症状が安定した時期には、対象行為に対する責任を負うことが必要。
例えば過去に殺人等の対象行為を行った対象者が入院、入寮した際、どの様な対処をしていったら良いのか不安です。 今後は医観観察法の方を受け入れた際の対処法、あるいは医療観察法とはどんな法なのか等の研修、勉強会など積極的に取り入れていってほしいものです。
・現行制度では、入院処遇と通院処遇の手厚さに大きなギャップがある。 そのギャップが社会復帰施設にとっては、受入れの困難性と抵抗感を持つ原因となっている。例えば、

医療観察法への意見
回答者：今後受け入れていく方針とした施設（受入実績あり）
入院処遇中の外出・外泊は一律に2名の同伴を条件とするのではなく、後期（社会復帰期）では、本人の自覚や内観を確認できるように、段階的に自由度を高められる柔軟な制度に変更すべきである。特に、退院を前提とした生活訓練では体験利用中のアセスメントは極めて重要であり、十分な体験利用ができないことは、足枷になっている。
入院処遇における多職種チームによるアプローチの効果が、地域には殆んど伝わってこない。指定入院医療機関は、通院処遇、ひいては地域処遇全体に還元するつもりで、支援内容とその効果を伝えてほしい。
医療観察法による処遇が終了する際の関係スタッフのフェーディングについて、検討していく必要があると思われる。

医療観察法への意見
回答者：今後受け入れていく方針とした施設（受入実績なし）
啓発を今後も行って下さい。
医療と福祉をつなげるものが少ないかと思います。
医療観察法適用が3年で終了してしまうので、本当に社会復帰ができるのか不安である。
医療観察法の指定病院は手厚い人員保障、チーム医療、物理的構造の手厚さがあるが、復帰先の精神科病院や福祉施設では落差があり過ぎではないか。
治療→回復という通常の医療イメージと更生という司法イメージが今一つわかりにくい。
法律施行後の動向を見ると医観観察法対象者がなし崩し的に拡大しているように思える。私共の援護寮を見学されて一端申込みれた人の「対象行為」を聞くと「これ位の行為で医観法対象になるのか？」と疑問を抱く内容であった。法は一度施行されると範囲が広く適用される側面をもつ故、慎重な判断を期待する。
疾病により起因する事件であれば回復できる可能性があります、知的障害の重複障害等、事例に併せたケアが必要になると考えます。その体制を組むにはマンパワーが不足しています。
当地方は精神の施設が当方だけのため、どうしてもほかに行けないという時は受入れなければならないと思うが、スタッフが充実していない。医師は非常勤である。
専門受入れ病院（触法病棟）の取組みが全く伝わって来ることなく、スタッフや対象者の社会復帰の取組みを身近に知る機会がない。

医療観察法への意見
回答者：今後受け入れない方針、あるいは未定とした施設（受入実績あり）
ケア会議の運営で、単に必要と思われる機関の参集は非効率。実際に支援に関わる人材を必要に応じて参加させるべき。普段関わらない行政職を呼んでも、直接関わらないのでは利用者・家族にとって「何かしてくれるのか？」という不安・疑問を増やすだけ。
なければよい。

医療観察法への意見
回答者：今後受け入れない方針、あるいは未定とした施設（受入実績なし）
医療観察法自体が障害者を差別化し、周囲からより受入れを敬遠させているように感じる。
関わらざるをえない立場の人の汗と涙（善意）で解決しよう・・・という部分があまりにも強い。もっと、客観的対応策を設定することや、対象行為に至る根本も改善する必要がある（困難なことだが）。
人権との兼ね合い？（主張する学者がいる）司法関係者の精神科患者の知識不足により、不当な対応がなされないか？ 医療観察法対象者や罪を犯した精神障害者への一般市民の理解はどこまであるのか？（特に地方） 古来からある日本文化独特の精神科患者への差別的偏見からの脱却がない限り、法制度の整備をしたところで、根元解決となるのか疑問がある。
通院、居所確認など、ある程度の強制力を観察者側に附与することが必要ではないだろうか。（法が実行される以前して学んだのみで、現在どうなのかはわかりませんが）。
法制度としての必要性は感じるし、納得もできるが、対象行為を受けた方の感情を考えると、対象者にも行為に対する報いを受ける仕組みは必要なのではないかとも思う。
大阪池田小学校の事件に端を発したこの法律であるが、様々な問題について議論されないままに見切り発進している印象がある。 「限定責任能力」についての最終判断について客観的な判断基準がないままに個々の検察官の恣意に委ねられている。そんな中で当事者の一生に関わるような決定を下すのはいかなるものであろうか？確かに再被害行為を未然に防ぐためには、司法と医療、福祉の連携は必至だと考えるが、この制度を継続するのであれば、まだまだ議論の余地が残されている。 現状では、社会保安的な色彩が強く、対象者への治療と人権の視点の欠如が感じられる。 一般精神医療水準の底上げと地域の社会資源の充足を前提とした制度であるべきと思われる。 精神保健福祉法内の措置入院制度の運用に司法と福祉の役割を強化することでの方向性は見い出せないだろうか。
お金ではないと信じています。
入院処遇となった対象者には退院後は絶対施設のワンクッションが必要だと思っています。個人的には同法への理解も。また、協力体制も十分に持っているつもりです。 病院経営者や設立者などに直接国から啓発や指導を、場合によっては法改正などで受入否定派に強制力を持ってもらってもいいのではと憤ることもあります。雇用されている立場では色々難しいです。
良い制度であると思われます。 当地域では、処遇について参与員、指定医、判定医、司法、弁護、検察、保護観察が集まり、時には関係者が今後の当事者の方向を決める、または話し合いがあり、当事者にとっても良い制度であると思われるが、その範囲を超える当事者もあり、どのようにしていくのかが、受入先の充実、または支援のあり方の制度が必要となるのではないかとと思われる。
関係者だけの問題とせず、国民の前に出して話し合うべき。
見極めと、再被害行為の恐れなど難しいと思う。
法律に関する認知度が低い気がします。さらに周知を図っていく必要があるかと思います。

医療観察法への意見	
回答者：今後受け入れない方針、あるいは未定とした施設（受入実績なし）	
①同法の下では、現場のスタッフの自由な発想による生活訓練がやりにくくなるのではないかと？	
②他のメンバーへの影響があるのではないかと？	
③近隣社会への影響があるのではないかと？	
④住居設定の際に精神障害以外に支障になることはないかと？	
⑤夜間は一人の当直体制では不安である。	
⑥その他	
以上のことが法的（二つの法）に制度化（将来の宿泊型生活訓練として）されれば良いと思います。	
受入事業所はもとより、関係機関や一般の方々にとって最も心配なのは「有事の際の対応」ではないかと思っています。	
また入院中の手厚いサポートに比べ、退院後の支援の落差が激しく、当該患者の対応不安を持つ意見をよく耳にします。	
当該患者に問題が発生した際の対応について、制度的なサポートと受入側の人材育成も不可欠ではないかと考えます。	
対象行為と精神疾患の関連性について、指定入通院を経た人でさえ、直に関わる者にとっては戸惑う場面も多くなるのではないかと思います。	
対象行為の原因改善に（指定通院以降も）医療が徹するのであれば、地域も少しは協力できると思います。	
ケースによっては、本当に医療観察法対象が妥当なのか、疑問を感じることもある。	
医療観察法が施行されて4年が経過しましたが、医療観察法の課題は、一般の人にはなじみがうすく浸透していないことだと思います。	
施設側とすれば責任が重く、できれば受入を断りたい。	
実効性の薄い法律だと考えています。	
勉強会、及び研修が必要。	
周知と幅広い理解が必要と考えます。	
医療観察法の対象者というだけで、本人が周りから偏見を受ける可能性があり、社会復帰に支障が出る可能性がある。	
医療観察法で行っているやり方のモデルにおいて、他の患者への地域移行支援に取り入れることができる部分は、取り入れるべき。	

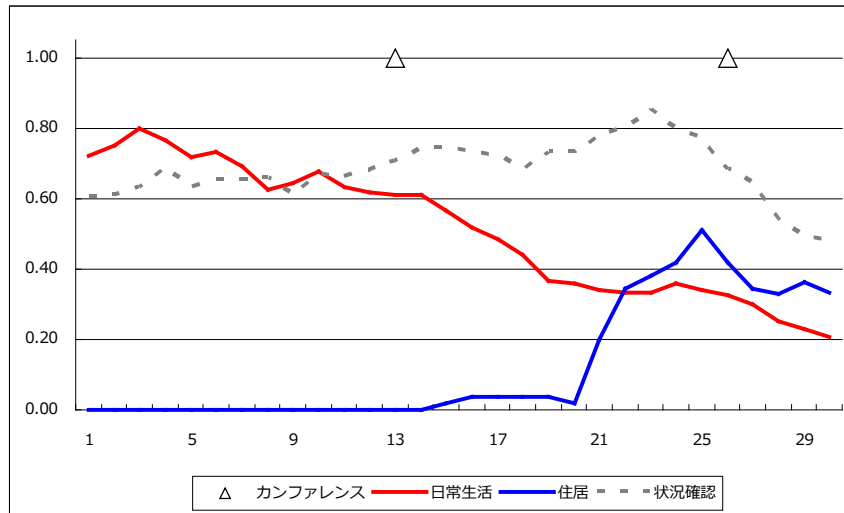
資料 3-1 支援会議と支援頻度のタイミング（個別データ）

事例番号は図表 2-4-4 と一致している

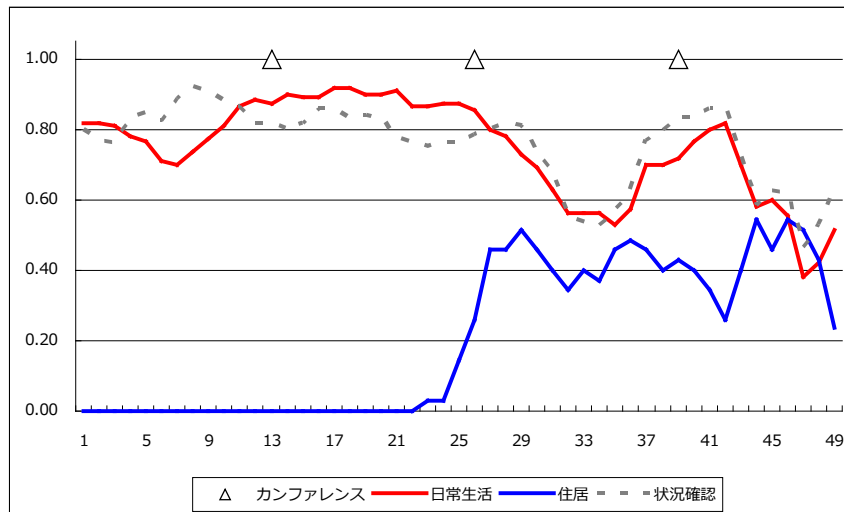
縦軸は頻度割合（週ごとの頻度が最も大きいものを 1.0 とした相対値）

横軸は週（正式入所を 1 週目とする）

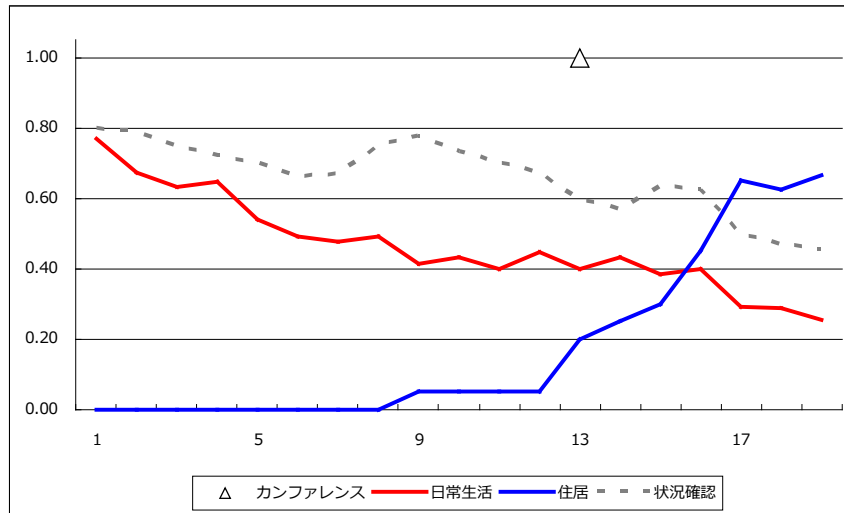
データは週ごとの頻度割合を 5 週単位（前後 2 週）で移動平均をとったもの



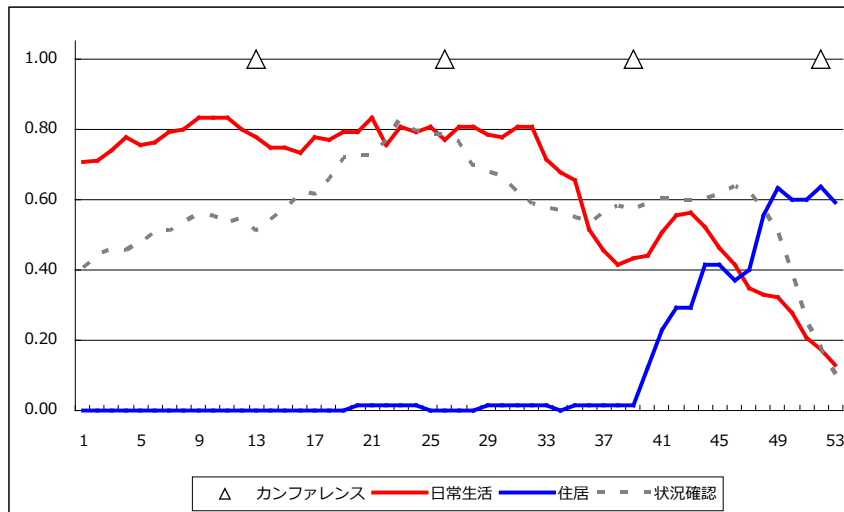
事例 A パターン 1



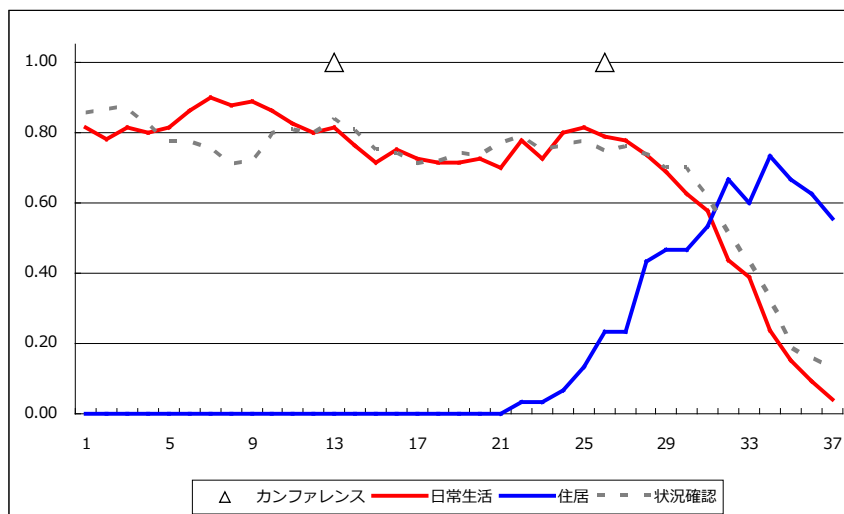
事例 B パターン 1



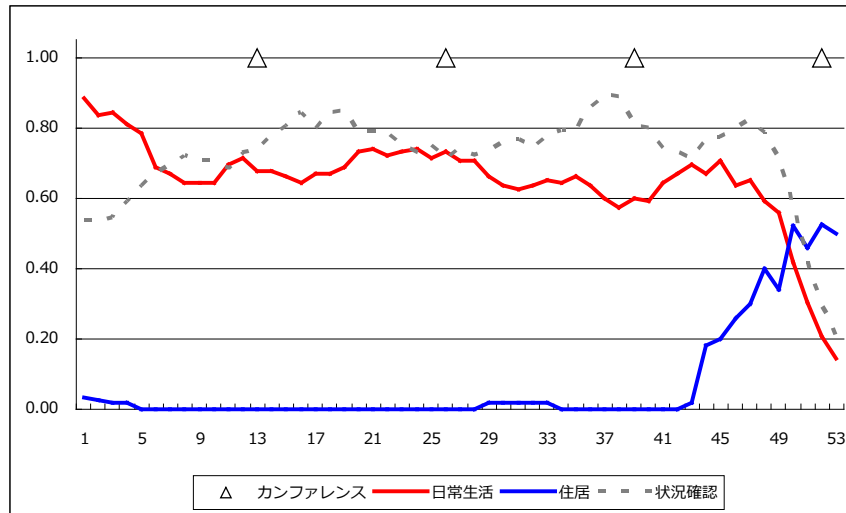
事例C パターン1



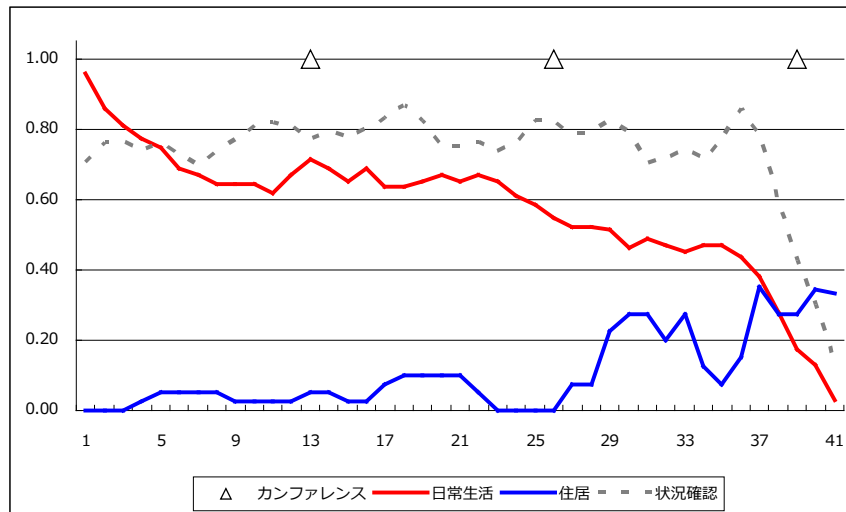
事例D パターン1



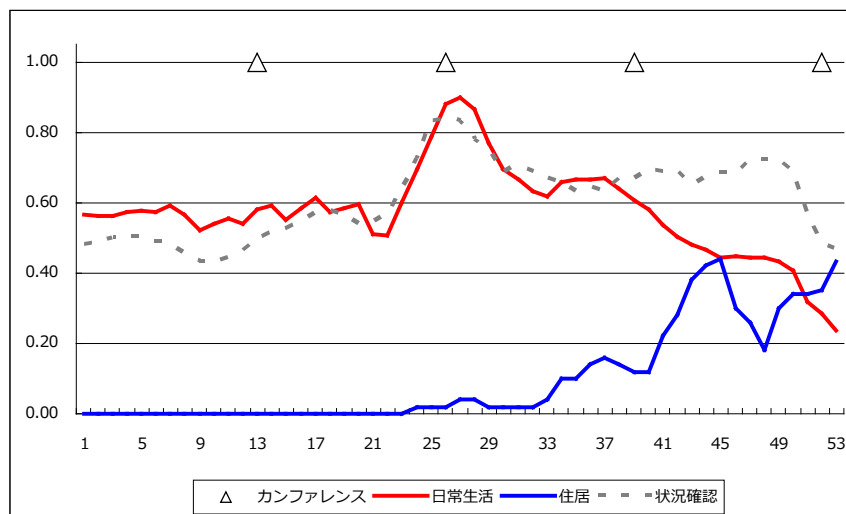
事例E パターン1



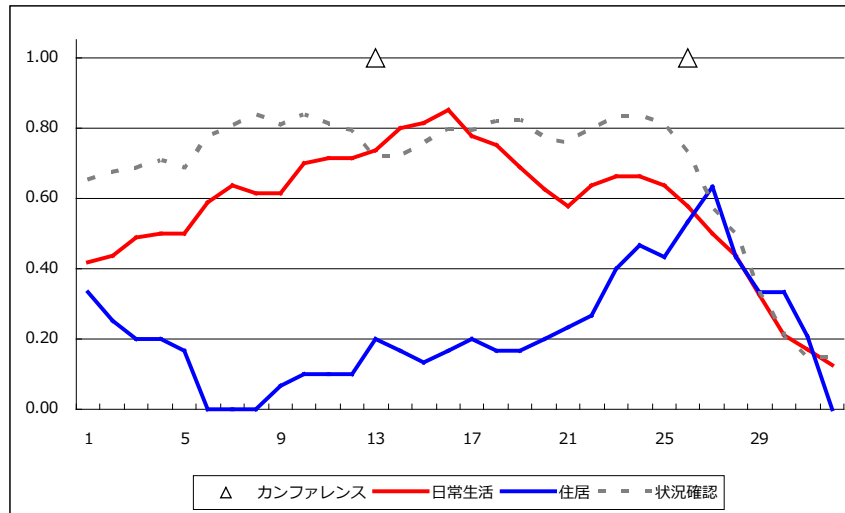
事例 F パターン 1



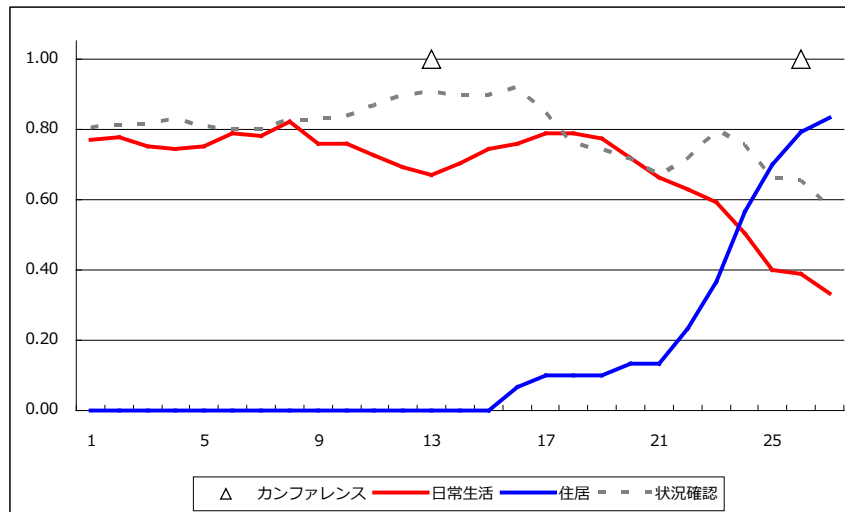
事例 G パターン 1



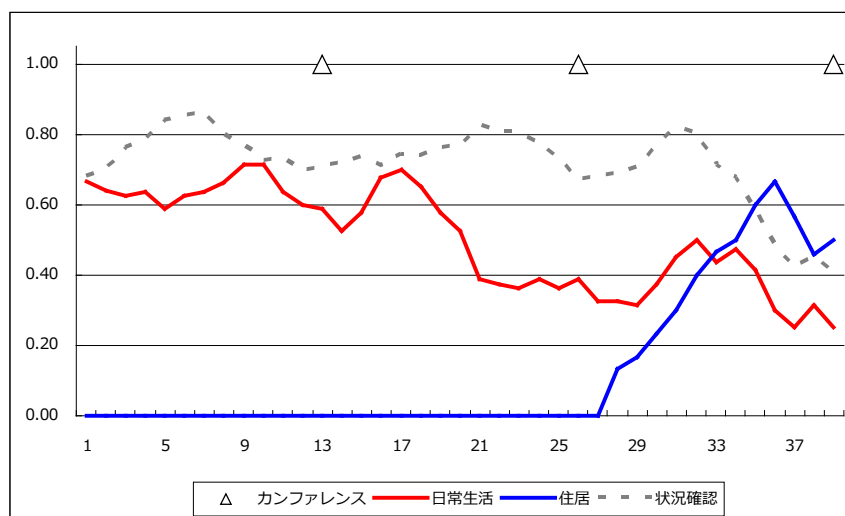
事例 H パターン 1



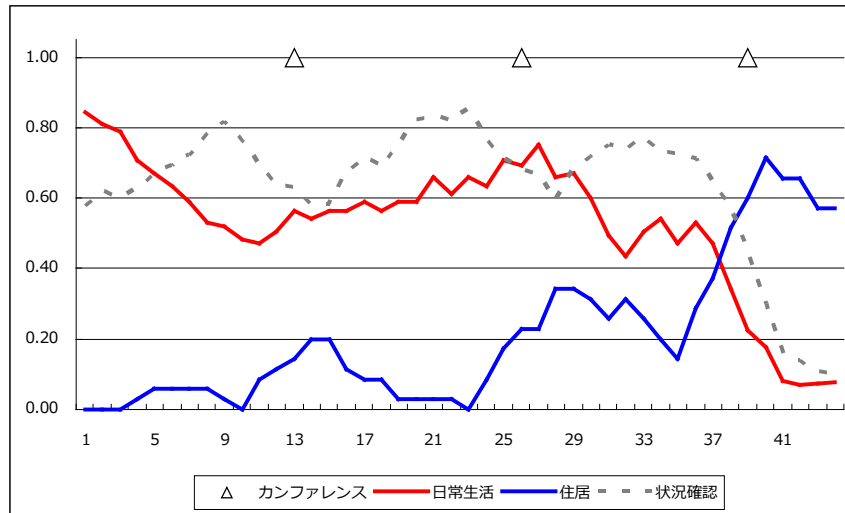
事例Ⅰ パターン1



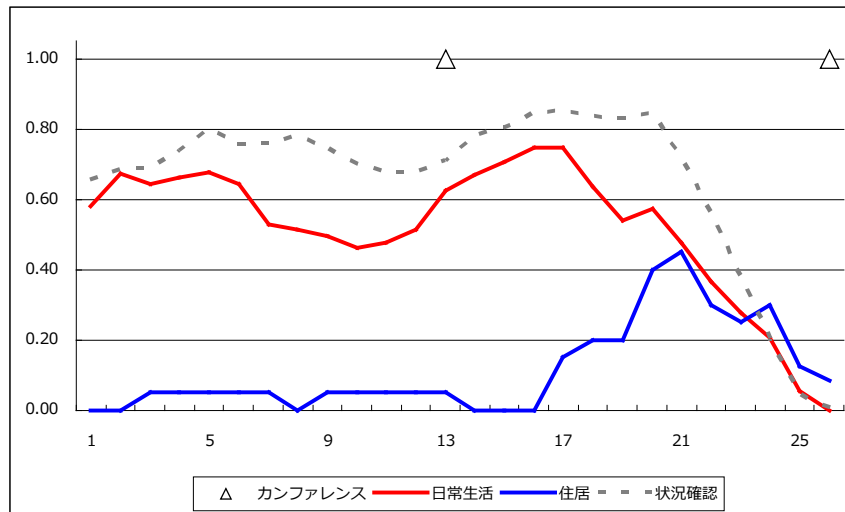
事例Ⅱ パターン1



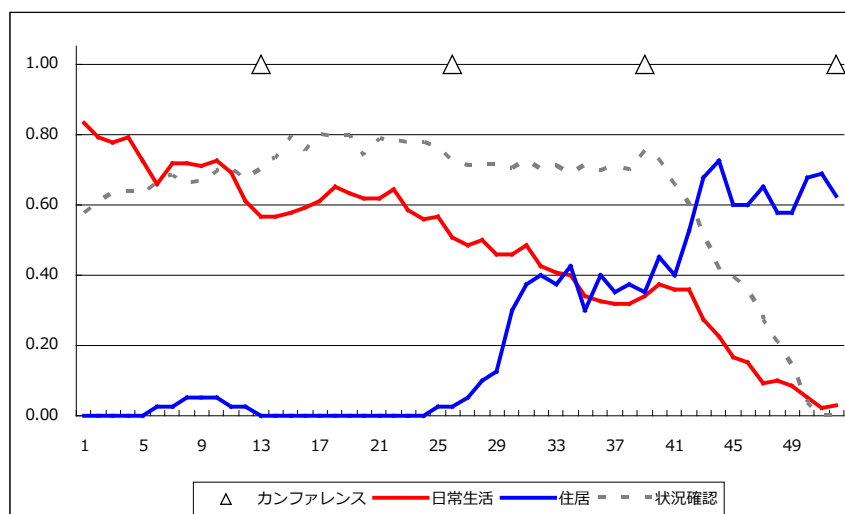
事例Ⅲ パターン1



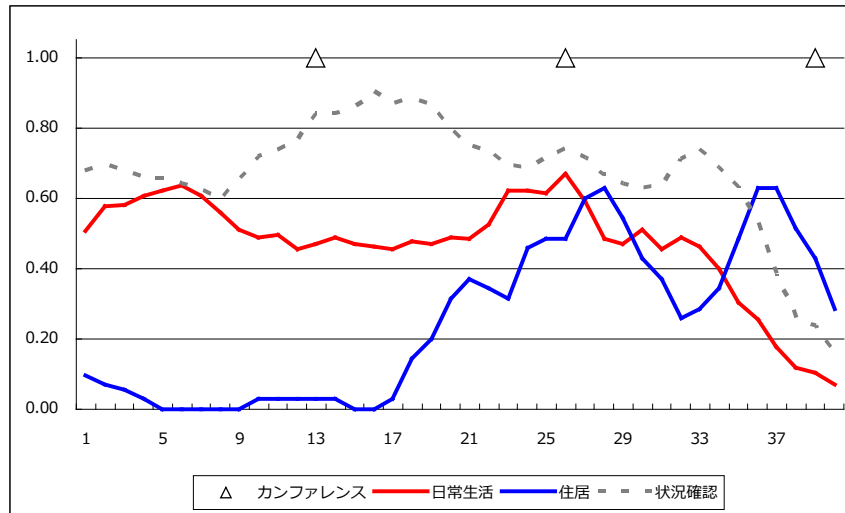
事例 L パターン 1



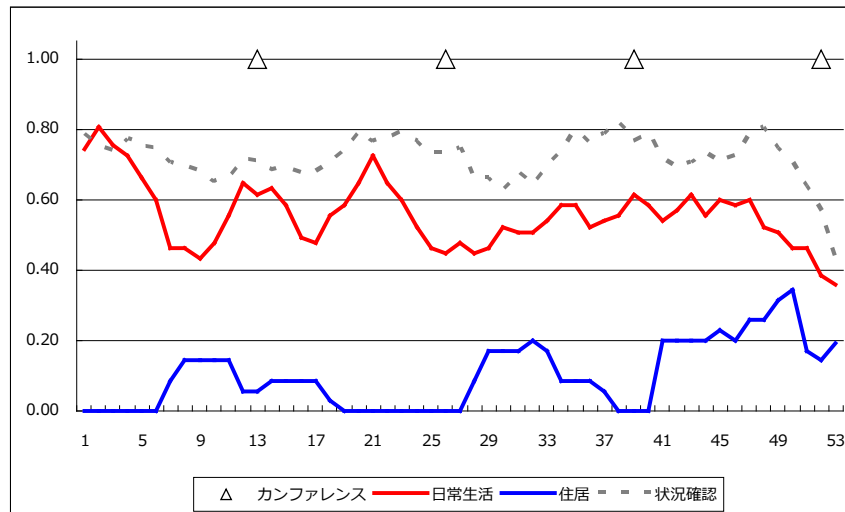
事例 M パターン 1



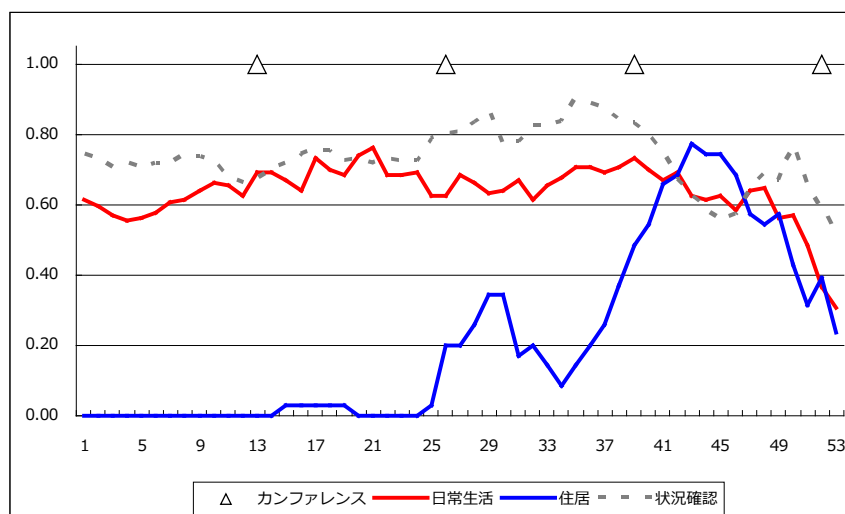
事例 N パターン 1



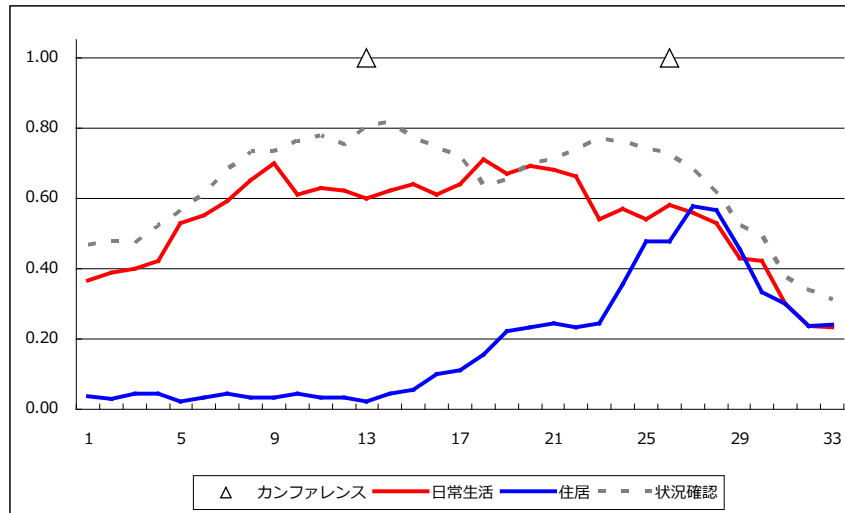
事例0 パターン1



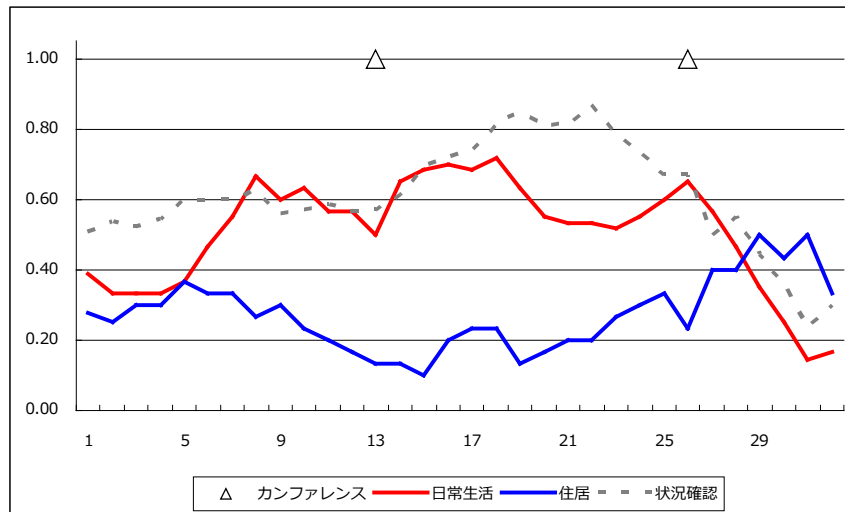
事例P パターン2



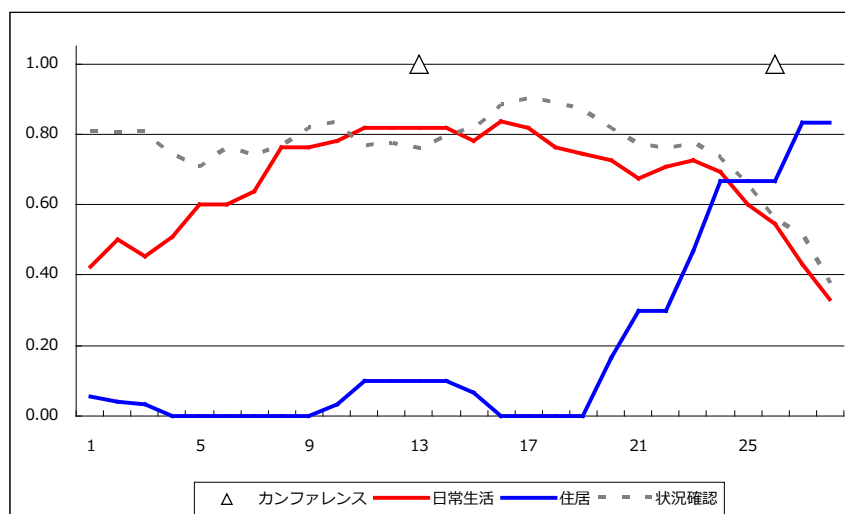
事例Q パターン2



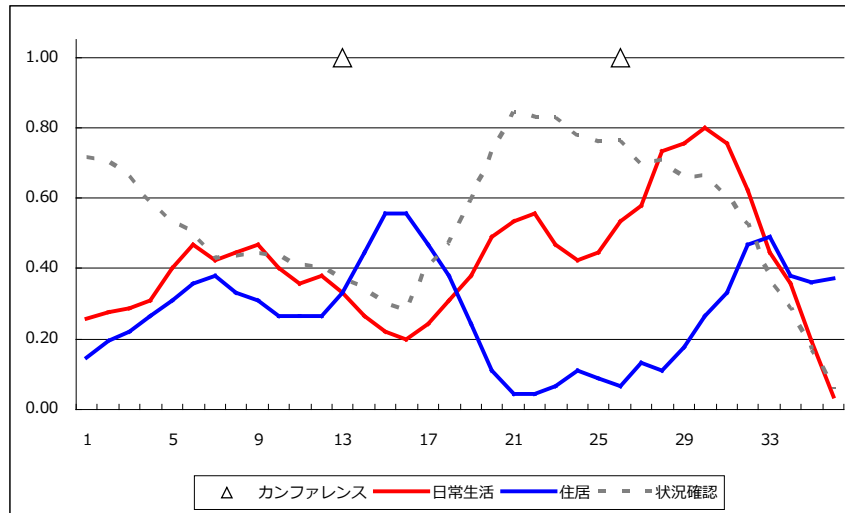
事例 R パターン 2



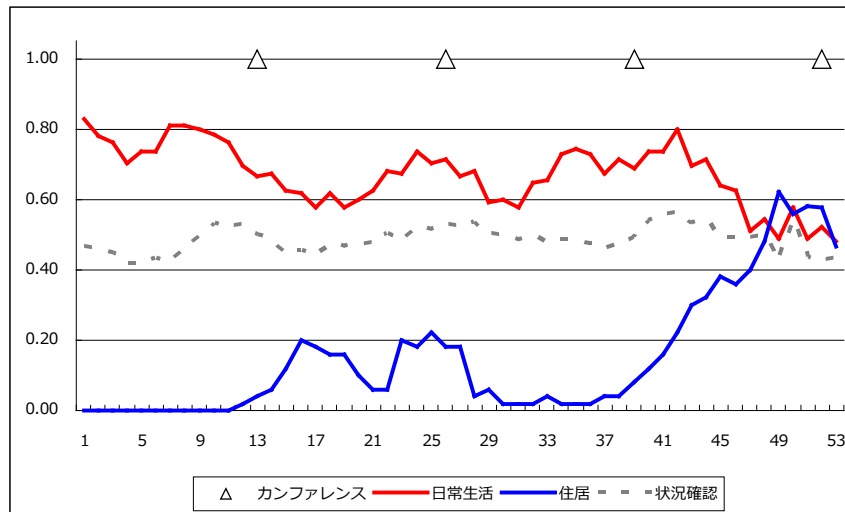
事例 S パターン 2



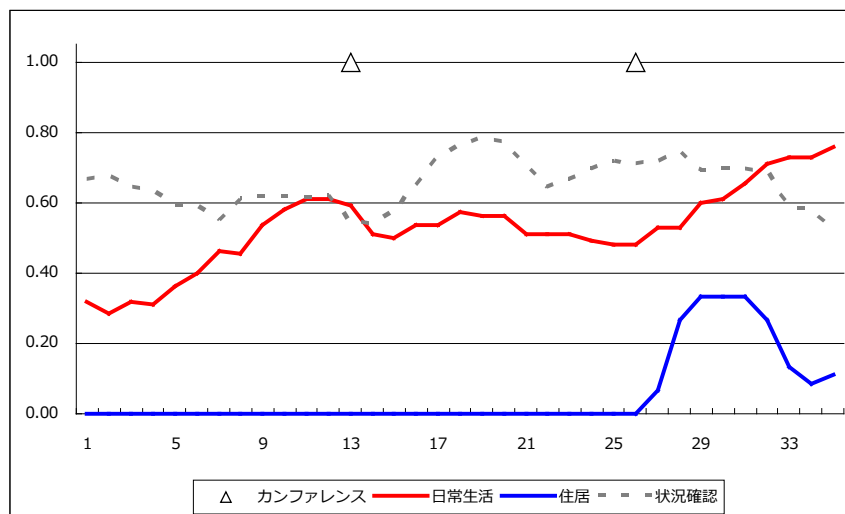
事例 T パターン 2



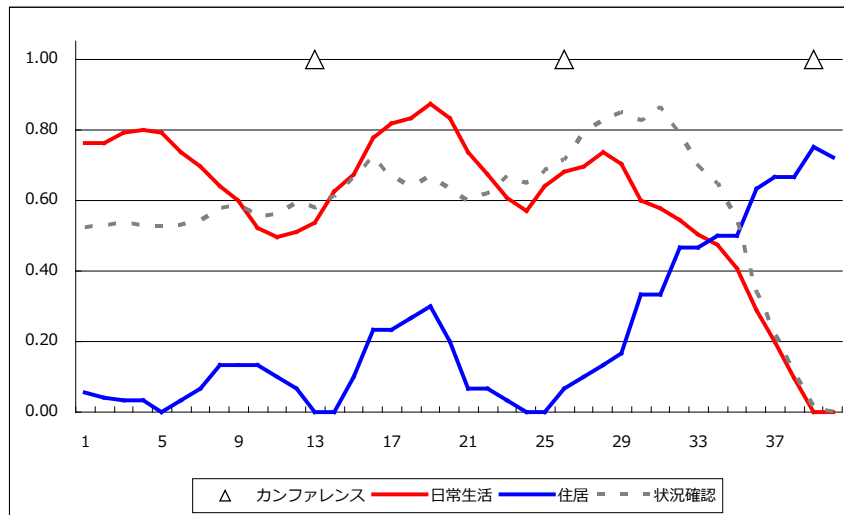
事例Ⅱ パターン2



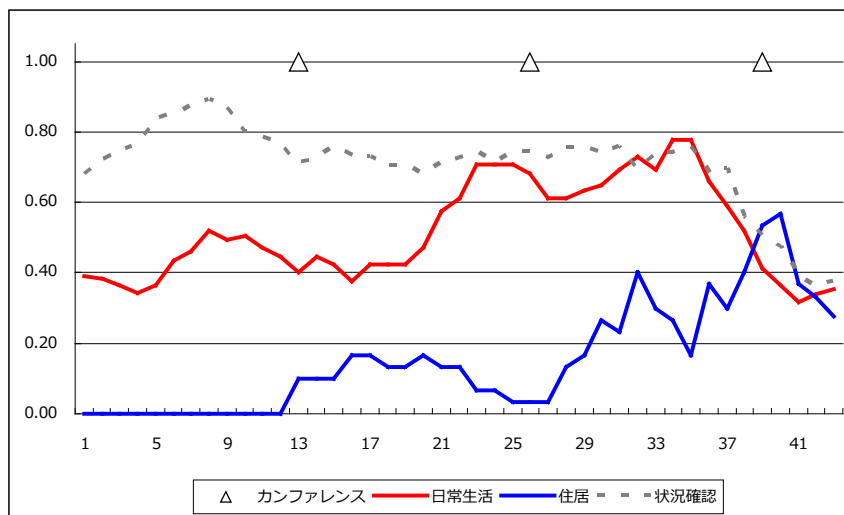
事例Ⅴ パターン2



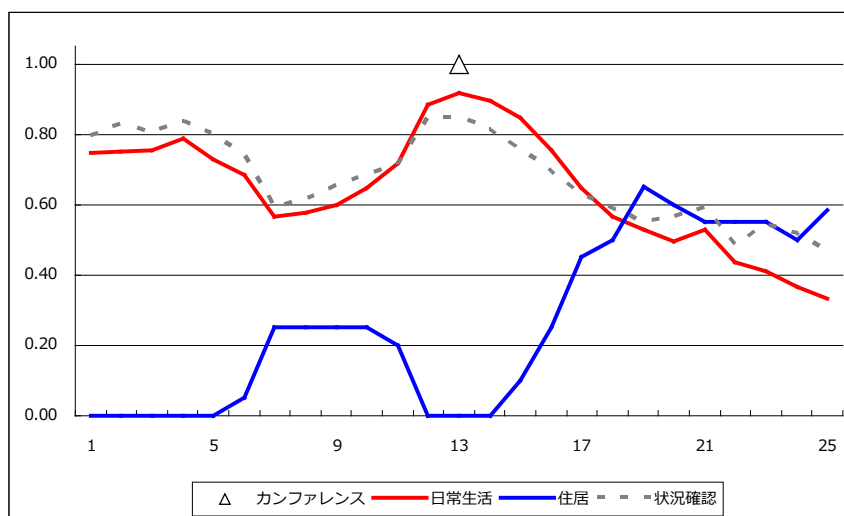
事例Ⅶ パターン2



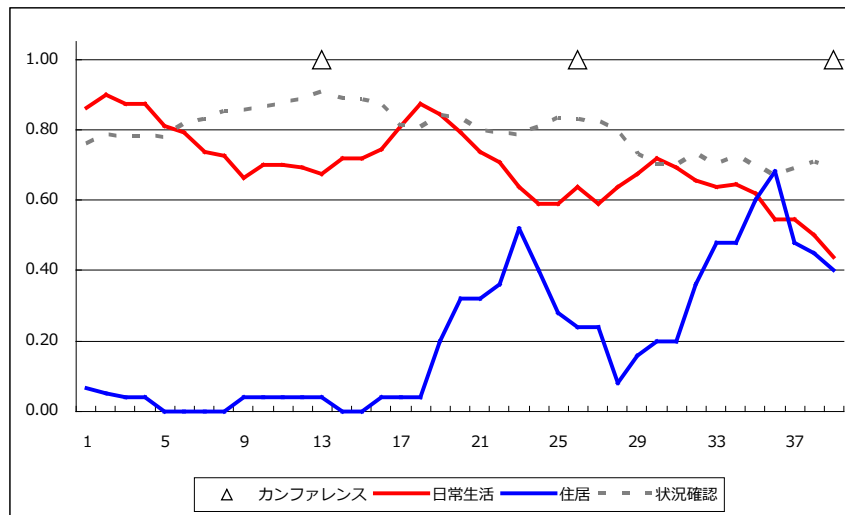
事例Ⅹ パターン3



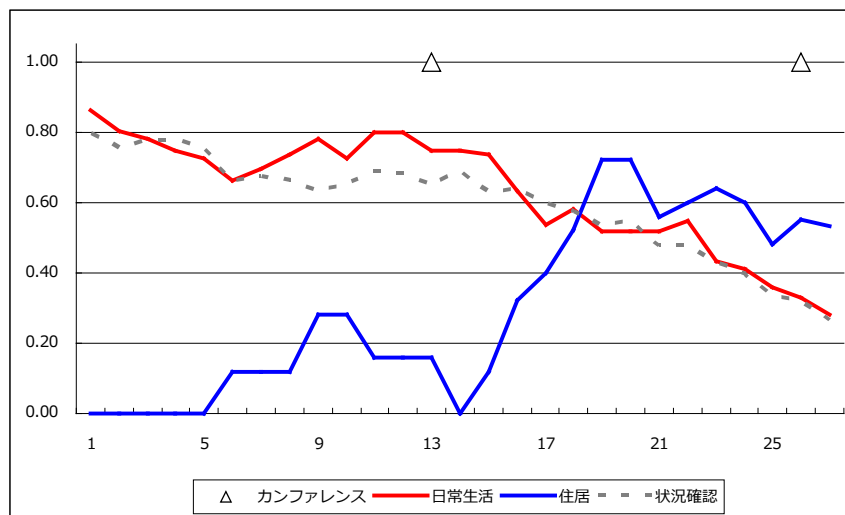
事例Ⅱ パターン3



事例Ⅲ パターン3



事例 AA パターン 3



事例 AB パターン 3

平成 21 年度厚生労働省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)

平成 22 年 3 月 発行

編集兼発行所

財団法人横浜市総合保健医療財団

〒222-0035 横浜市港北区鳥山町 1735 番地

TEL : 045-475-0001 FAX : 045-475-0002

E-mail : info@yccc.jp WEB : <http://yccc.jp/>

医療観察法対象者の社会復帰に関する先駆的実践事業及び 精神障害者の地域生活移行を実現する 生活実践型地域生活移行支援モデルの確立に関する研究 (概要版)

平成22年3月

 財団法人横浜市総合保健医療財団

当報告資料（以下、概要版）は、厚生労働省「平成21年度障害者保健福祉推進事業」において実施された同名の調査報告書（以下、本報告書）をもとに作成されています。本研究の詳細は平成22年3月に報告された本報告書を御参照ください。

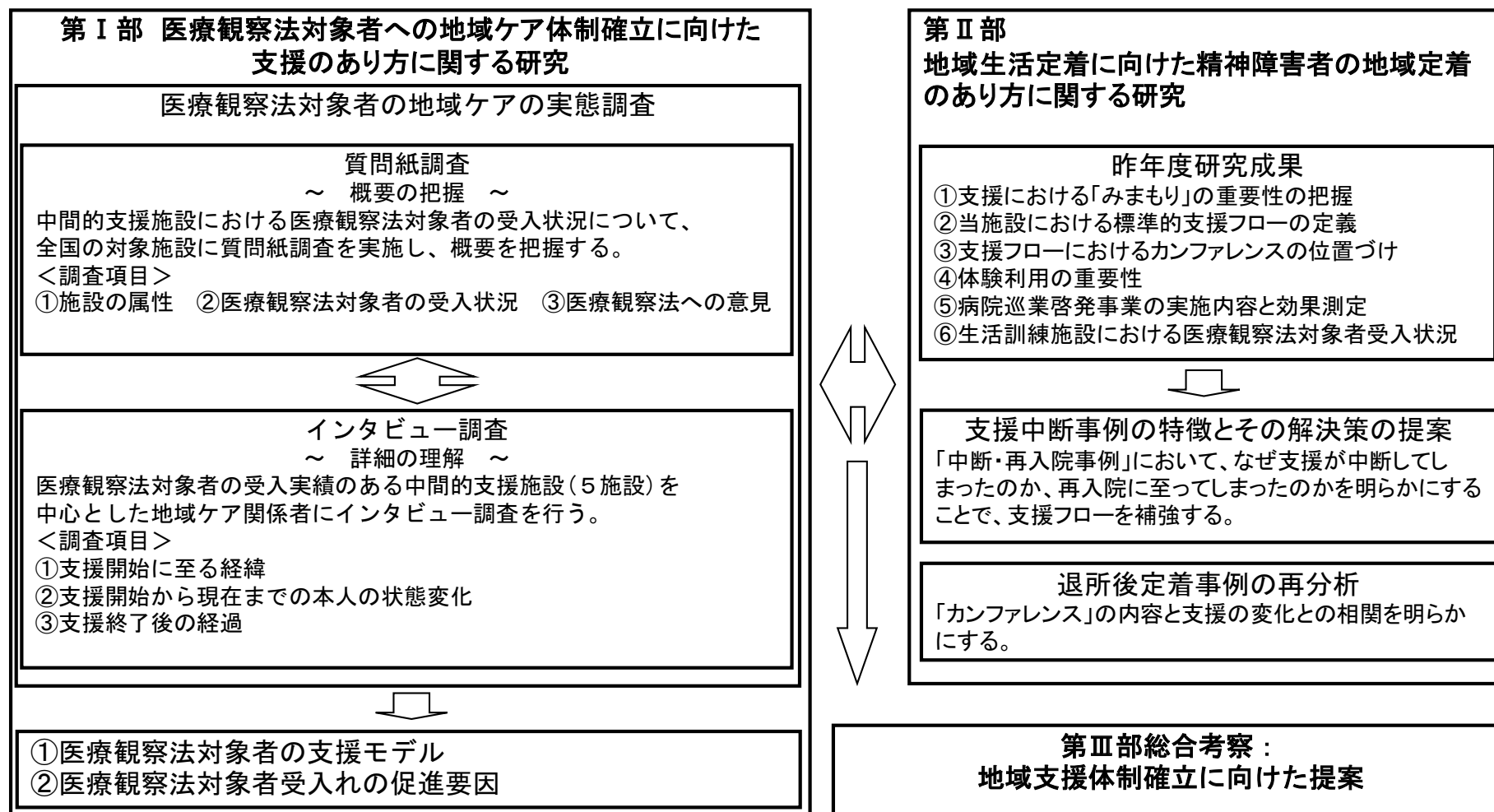
目 次

1. 研究目的・研究枠組	・ ・ ・ 2
2. 第Ⅰ部 医療観察法対象者への地域ケア体制確立に向けた 支援のあり方に関する研究	・ ・ ・ 3
2-1. 医療観察法対象者における生活訓練施設の利用状況	・ ・ ・ 4
2-2. 生活訓練施設における医療観察法対象者の受入状況と今後の受入方針	・ ・ ・ 5
2-3. 医療観察法対象者の支援内容	・ ・ ・ 6
2-4. 医療観察法対象者の支援体制	・ ・ ・ 7
2-5. 医療観察法対象者の支援に係る報酬	・ ・ ・ 8
2-6. 医療観察法対象者の支援に係る情報・ノウハウ	・ ・ ・ 9
3. 第Ⅱ部 地域生活定着に向けた精神障害者の 地域定着のあり方に関する研究	・ ・ ・ 10
3-1. 支援中断事例の特徴とその解決策	・ ・ ・ 11
3-2. 退所後定着事例に関する考察	・ ・ ・ 12

1. 研究目的・研究枠組

研究目的：①医療観察法対象者の支援モデルを定義する
②医療観察法対象者の受入れ促進要因を明らかにする

研究枠組：



2. 第Ⅰ部 医療観察法対象者への地域ケア体制確立に向けた支援のあり方に関する研究

質問紙調査



調査対象：全国の中間的支援施設305事業所

過去、精神障害者生活訓練施設(援護寮)による支援を行っていた、または現在も行っている施設、または障害者自立支援法における自立訓練(生活訓練)宿泊型を実施する事業所

調査方法：無記名式匿名質問紙調査

調査内容：平成21年10月時点における以下の事項

(1)施設の概要

- ・施設設置主体、運営主体、所在地、職員人数、有資格者数
- ・法人内における精神科を標榜する医療機関の有無、種類、病床数、施設基準、法人内指定通院医療機関の有無
- ・障害者自立支援法法定事業への移行状況

(2)医療観察法対象者の受入状況

医療観察法対象者の受入れに関する以下の内容

- ・施設における受入れに関する取決めの有無
- ・障害福祉サービス報酬の加算についての理解状況
- ・受入れに関する相談、受入打診、受入状況(年度別の人数)
- ・受入検討時に断った理由
- ・受入れ後に大変だった事項
- ・他の利用者とは異なる特別な支援の有無
- ・年度別退所先、今後の受入方針、受入条件
- ・住居設定時に生じると予想される(あるいは生じた)課題・困難

(3)医療観察法に関する意見

- ・医療観察法対象者の社会復帰を促進するための必要事項
- ・医療観察法に関する意見

回収率：61.3%

インタビュー調査



個別ケース調査

調査対象：医療観察法対象者を支援した生活訓練施設担当職員

調査内容：

医療観察法対象者の個別ケースに着目し、それぞれの事例で支援がどのように行われたのかを明らかにすることを目的とし、医療観察法対象者への関わり始めから支援終了までを時系列で調査した。

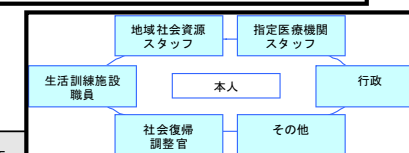
地域の標準支援モデル調査

調査対象：医療観察法対象者の支援機関職員

調査内容：

特定の対象者に焦点を当てるのではなく、その地域での標準的な支援内容について、インタビューを行った。

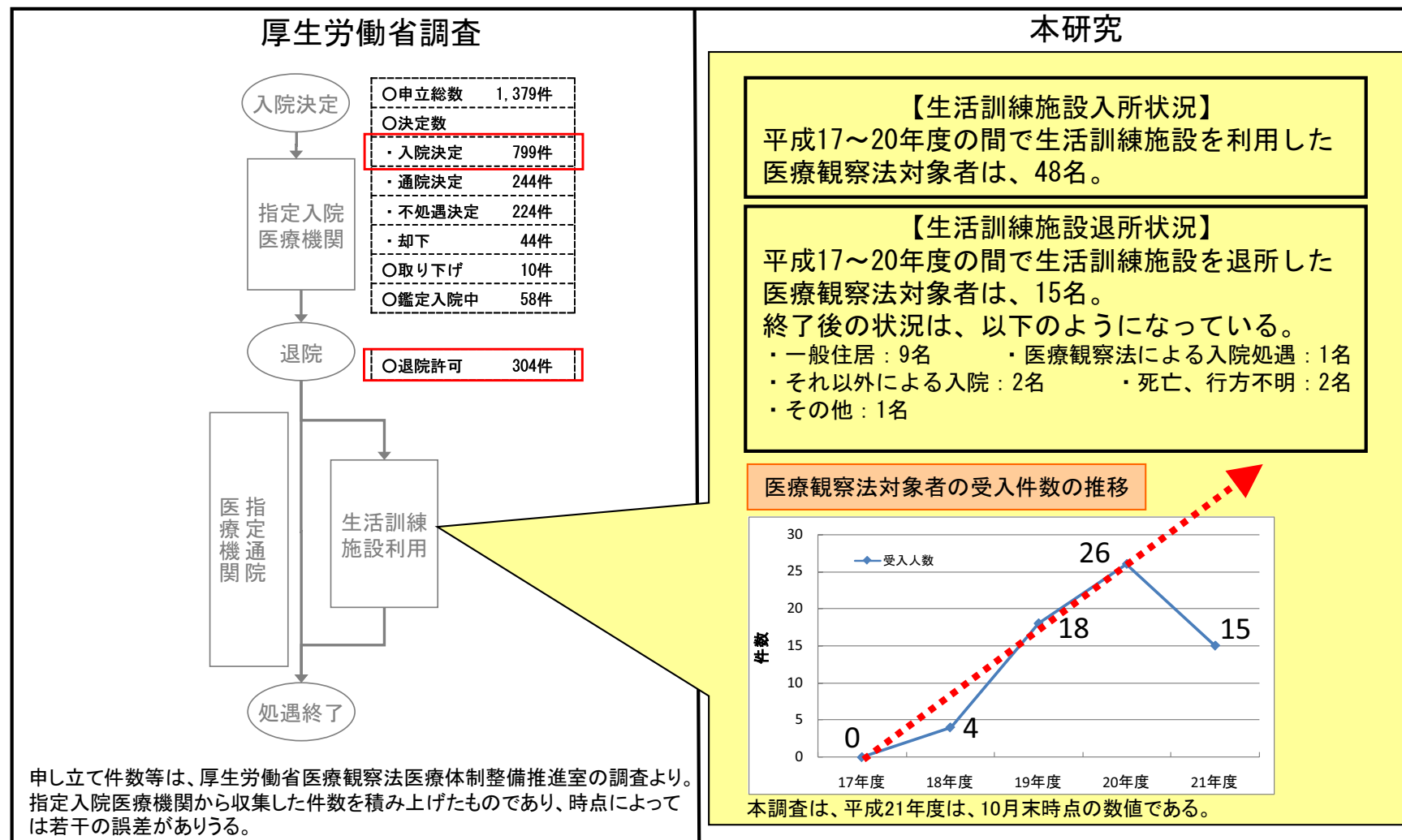
計4地域32名に調査を実施した。



	個別ケース調査	地域の標準支援モデル調査							地域計
		生活訓練施設	社会復帰調整官	自治体	指定入院医療機関	指定通院医療機関	デイケア	相談支援	
A	1	1	1	0	1	1	0	0	5
B	2	1	2	0	0	0	0	0	5
C	5	2	0	2	4	0	0	0	13
D	4	2	0	0	0	0	2	1	9
職種計	12	6	3	2	5	1	2	1	32

2-1. 医療観察法対象者における生活訓練施設の利用状況

平成17～20年度の間で生活訓練施設を利用した医療観察法対象者は、48名。
生活訓練施設における医療観察法対象者の受入件数は、年々増加している。



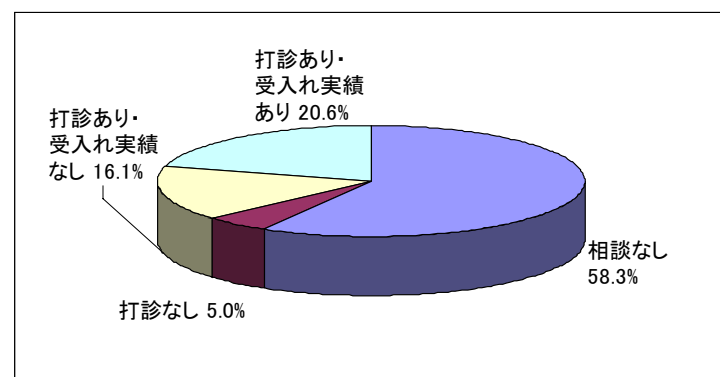
申し立て件数等は、厚生労働省医療観察法医療体制整備推進室の調査より。指定入院医療機関から収集した件数を積み上げたものであり、時点によっては若干の誤差がありうる。

医療観察法対象者における生活訓練施設の利用状況

2-2. 生活訓練施設における 医療観察法対象者の受入状況と今後の受入方針

①現在の受入状況

医療観察法対象者の受入実績を有する施設は、37施設(20.6%)である。
受入を断った経験を有する施設が17施設(9.4%)存在する。

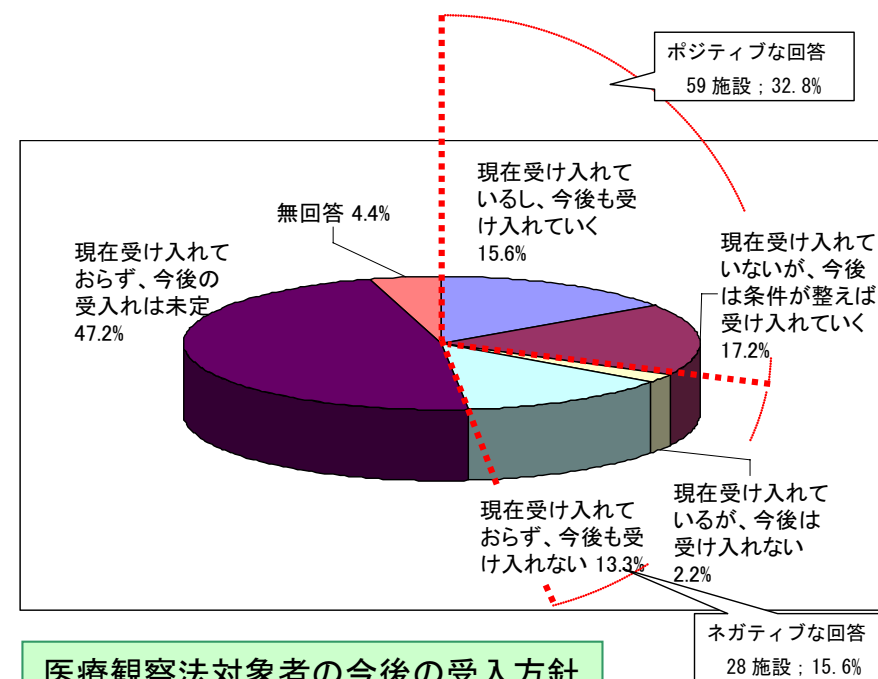


	施設数	割合 [%]
相談なし	105	58.3
受入打診なし	9	5.0
打診あり	66	36.7
受入実績なし	29	16.1
断ったことはない	16	8.9
断ったことがある	13	7.2
受入実績あり	37	20.6
断ったことはない	33	18.3
断ったことがある	4	2.2
合計	180	100.0

医療観察法対象者の受入状況

②今後の受入方針

- ・未定とする施設が最大(85施設; 47.2%)である。
- ・受け入れる予定とするポジティブな施設が59施設(32.8%)である。
- ・受け入れないとするネガティブな施設が28施設(15.6%)である。

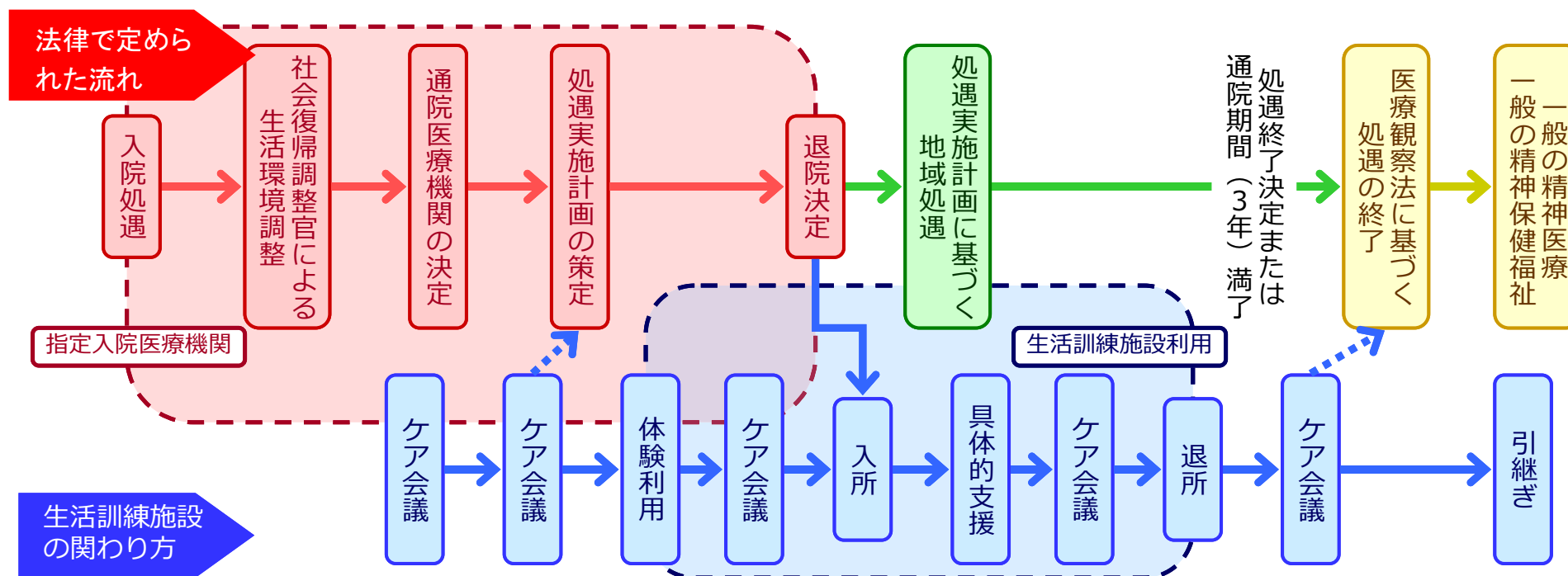


医療観察法対象者の今後の受入方針

2-3. 医療観察法対象者の支援内容

①生活訓練施設の役割、支援内容は変わらない

生活訓練施設としての支援内容は、医療観察法対象者に対する支援においても変わらないということが明らかとなった。地域により近い場で、24時間という体制で生活スキルに関する支援が提供できるのが生活訓練施設のメリットであり、期待されている役割である。



②医療観察法対象者と非対象者の支援との差異

- | | |
|------------------------|--------------------------------------|
| (1)個別支援プログラムが有効な場合がある | … 集団プログラムになじまない対象者も多いため。 |
| (2)体験利用の頻度、回数の減少 | … 法律上の制限とそれに付随した指定入院医療機関の人的経済的問題による。 |
| (3)間接作業の増大 | … 社会復帰調整官や指定医療機関等との連携等間接的作業が増える。 |
| (4)生活訓練施設利用に関する動機づけの問題 | … 対象者自身の生活スキル不足に対する認識が希薄な場合があるため。 |

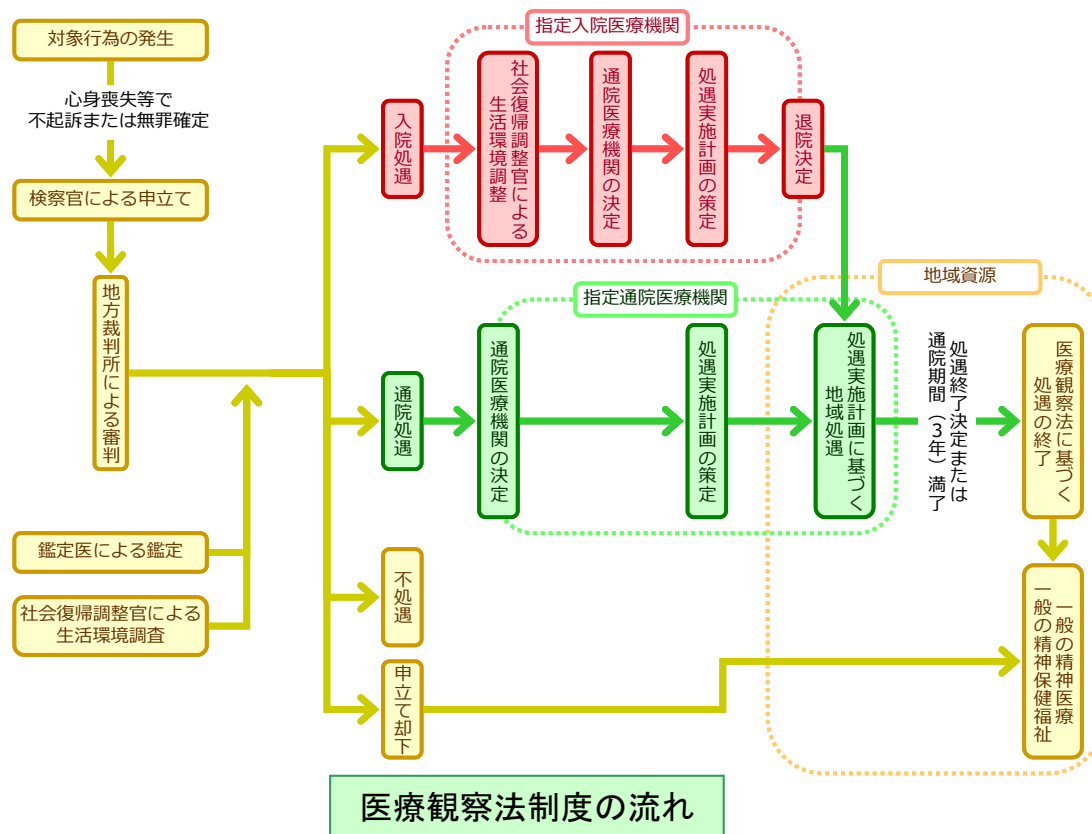
2-4. 医療観察法対象者の支援体制

① 支援のコーディネーターの明確化

支援の全体的なコーディネーターは、地域により違いがある。地域特性を反映した柔軟性のある仕組みであると捉えることもできるが、担当する社会復帰調整官、居住する地域の支援機関の裁量によるところが多いため、対象者が受けられる支援の質、量に違いが生じてしまう場合は問題である。支援の中心を明確化することが必要である。

② 処遇終了後の支援体制

処遇終了の数か月前から、ケア会議にて処遇終了後の体制に向けた話し合いが行われ、基本的には、対象者本人が相談しやすいところが結果的に支援の中心を担っている。社会復帰調整官を中心に、処遇終了を前提とした支援体制の構築が必要である。



関係機関	職種
保護観察所	社会復帰調整官
鑑定医療機関	主治医、看護師
行政機関	生活保護担当 等
指定入院医療機関	主治医、看護師、心理士、ワーカー
指定通院医療機関	主治医、看護師、(心理士)、ワーカー
保健所	保健師
相談支援事業所	相談員
生活訓練施設等他社会資源	担当職員

医療観察法対象者の支援に関わる関係機関

2-5. 医療観察法対象者の支援に係る報酬

医療観察法対象者の受入実績を有する施設のうち40.5%の施設(37施設)から、受入施設への報酬が少ないという回答が得られた。

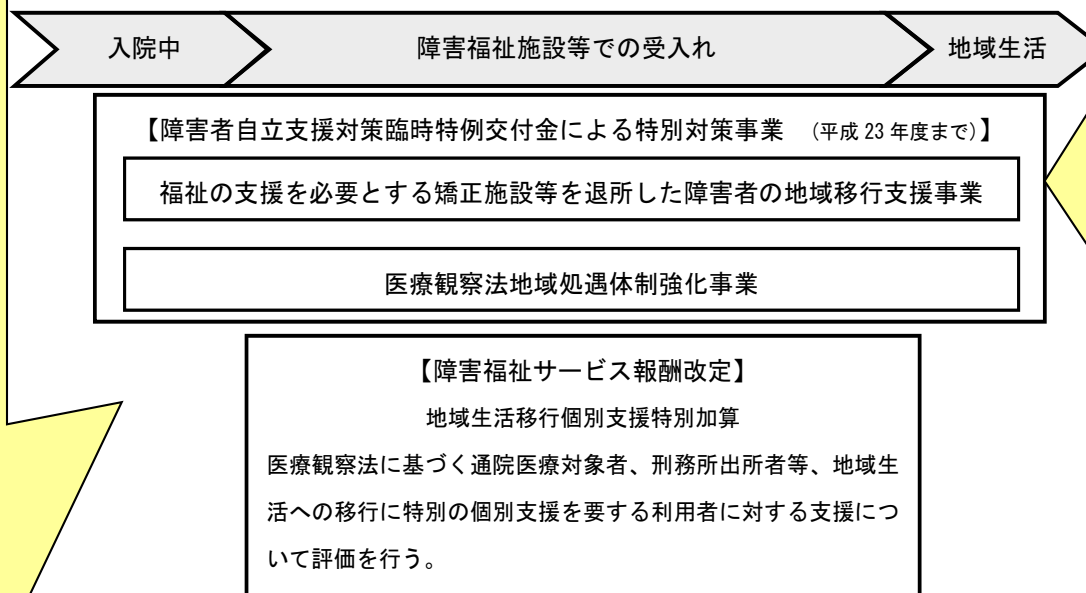
業務内容と報酬体系を確認し、是正していくことが必要である。

施設の行う支援内容の本質は変わらないが、社会復帰調整官、指定医療機関等との調整、その他間接業務が発生する。そのための加算は必要である。

医療観察法対象者の受入れに関する報酬加算は、障害者自立支援法に移行した施設が対象である。移行していない施設からは不公平であるという意見がある。

※新体系移行済:37施設(20.6%)

サービス報酬の加算要件は、適切なものであるか？手続き方法は煩雑過ぎないか？



この基金事業は、期間限定事業である。期間満了後はどうなるのか？

実施主体は都道府県であり、周知状況、実施状況ともに、大きく差がある。

報酬は、対象者を受け入れる際の一つの判断材料となるものである。

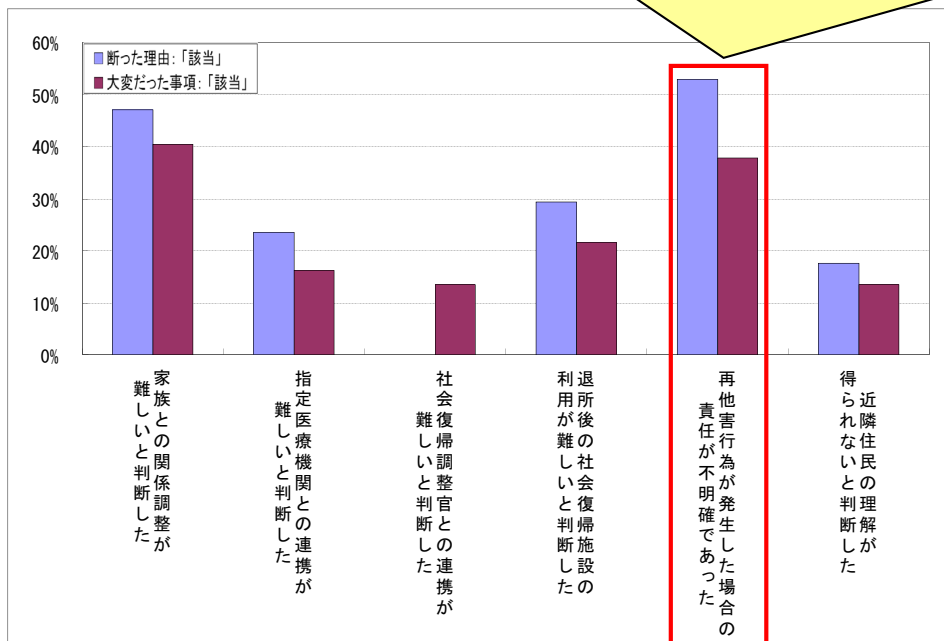
施設での受入れを促進する上で、施設の経済的負担に整合した報酬体系の構築とその周知活動が必要である。

医療観察法対象者の地域支援に係るサービス報酬と基金事業のイメージ

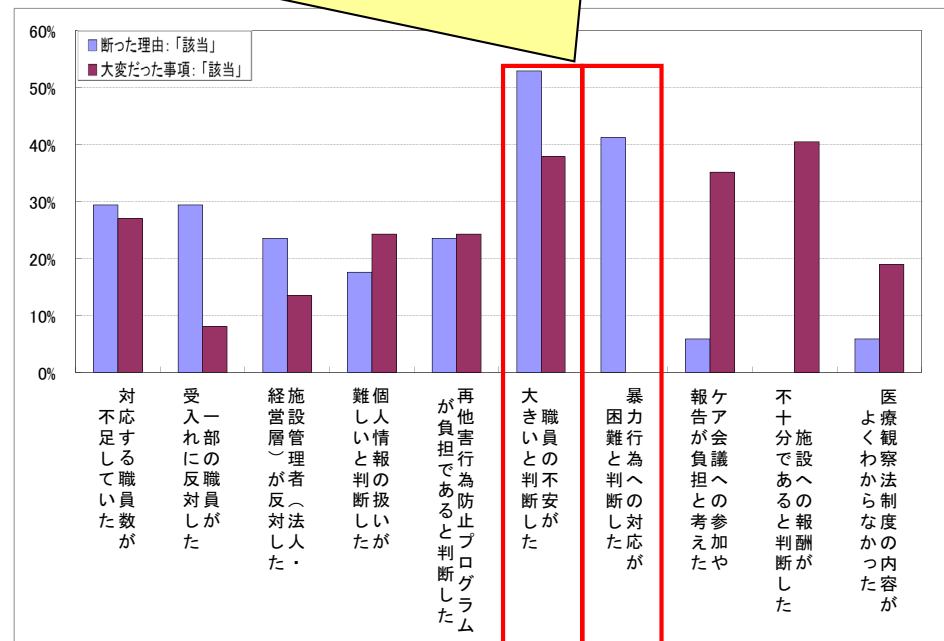
2-6. 医療観察法対象者の支援に係る情報・ノウハウ

医療観察法に係る「支援フロー」「支援内容」は、基本的には変わらないということが明らかとなった。今後は、「あるべき支援体制」、「支援内容の分析に基づいた適正な報酬体系」、「医療観察法対象者の受入れに関する不安の原因」についても調査、分析を行い、そこから得られた知見や支援のノウハウを普及していくことが必要である。

「医療観察法対象者である」というだけで、困難事例であるというイメージが先行している。「不安」とされている種々の懸念事項を「法律的」「行政的」「道義的」側面等多面的な視点で分析し、その不安の解消につなげることも今後の課題としたい。



「受入検討時の断った理由」と「受入れ後に変った事項」の比較
(連携に関する要因)



「受入検討時の断った理由」と「受入れ後に変った事項」の比較
(施設・施策に関する要因)

3. 第Ⅱ部 地域生活定着に向けた精神障害者の 地域定着のあり方に関する研究

インプット

個人記録

利用者ID	NO	日付	時刻	内容	分類	行為
●●●	17	2004年3月3日	7:30	朝食	食生活	状況確認
●●●	18	2004年3月3日	10:00	日中70分(買い物) 子ともの頃から足が速いとのこと、ややむずい程度、誰かに連れてかかっている。(総合商業施設)に行くのも(スロー)も期待とのこと。(総合商業施設)で買い物(スロー)に合う途中で振り遅って(総合商業施設)の位置を確認している。	日中70分	指導
●●●	19	2004年3月3日	13:00	外出(総合商業施設)		
●●●	20	2004年3月3日	14:45	帰所		
●●●	21	2004年3月3日	19:45	自炊講座 9人参加のイベント食品を使ったことがある。画面は横で考えて答えている。"うどんにんじん..."と、(市販した)食品名を作ったことがあると。ホーローの表情ではあるが、何の意図もなっていない。むしろ他の人より、聞かれたほうが答えること		
●●●	22	2004年3月3日	23:00	巡回消灯		
●●●	23	2004年3月4日	7:15	起床		

支援会議資料

【初期時・		ヵ月時・退院時		カファレンス		資料	
利用者氏名		性別	年齢	性別		利用期間:	
担当 氏名	Dv	C/M		担当			
カファレンス 年 月 日()に参加する 支援計画 年 月 日()に参加する							
【利用中の状況や課題など】 ・ 病状の改善と病状とそれへの対応状況の進み ・ 特徴するべきポイント (すべてを網羅する必要は必ずしもない)				【企画管理】 ・ アーサー認定食生活、生活費、薬管理。 ・ 食生活の食生活。 ・ 食生活の自立生活、清潔保持、近所の利用、ヘルパース、自立生活/レストランの注文と必要費、その日の生活が全くなされ。 ・ 通所。 ・ 日々の活動性、外出頻度増加、対人関係、交流の受け入れ、社会的な責任能力。 ・ 家関係。 ・ キーパースの有意な役割。			
⇒基本的な生活能力・病状の変化によるその活動の幅広さ							
【本人の意向】 ・ 本人は 何のために生活訓練に入っているのかという利用目的や生活に求めているのか ・ 本人は 退所後どんな生活を送りたいと思っているのか生活を送りたいのか ・ 等を、できるだけ本人の言葉で確認してを。							
【アセスメント】 ⇒ 支援方針の明確化などについて、最も重要							
長期的な視点に 分けた方がわかりやすいし、確認しやすくなるし...							
・ 現状・ 服薬・ 生活習慣・ 食生活・ 服薬・ 生活習慣・ 何のストレスになるのか ・ 生活/生活/ 何のどの程度でなくとも、又は出た生活の手段 ・ 個人関係・ 一般の人間関係だけでなく個人・ 個人関係の生活やボランティア支援関係、活動性							
⇒ 本人が 何のために生活訓練に入ったのかという利用目的や生活に求めているのか							
⇒ 退所後の生活がどのような生活が望ましいのかという生活の目標を定めておく ⇒ 退所後の生活がどのような生活が望ましいのかという生活の目標を定めておく ⇒ 退所後の生活がどのような生活が望ましいのかという生活の目標を定めておく							
【支援計画】 ⇒ その時点での最終的なゴール(⇒退所後の転居)を設定 ・ 家族関係(母・祖母・家族関係)を行うのか、アパートを決定して退所後生活が望ましいのか、退所後の生活が望ましいのか							
【支援計画】 ⇒ 退所後の生活が望ましいのか							
【アセスメント】 ⇒ 退所後の生活が望ましいのか、退所後の生活が望ましいのか、退所後の生活が望ましいのか							
⇒ 退所後の生活が望ましいのか、退所後の生活が望ましいのか、退所後の生活が望ましいのか							
利用期間(継続・退院・終了)							
会議提出書。							

当施設利用者46名分の記録。
利用者の状況が時系列で記録された
78,000行の文字データ。

各行の情報を、サービス分類に紐付け、その内容を分析した。

「事実」と「主観(施設職員の思い)」が別個に記載されており、事実のみを抽出することで、客観的な分析が行えた。

入所時、退所時に加え、利用中は概ね3か月ごとに行われる「支援会議（ケアカンファレンス）」の議事録。

「支援会議」には、医療機関関係者や地域の社会資源の関係者等、その利用者に関わる関係者が一堂に会し、利用者本人や家族も出席する。

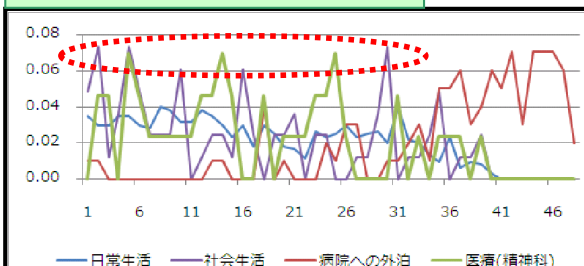
「支援会議資料」には利用中の様子について、「金銭管理」「生活能力」「家族関係」「通所」というように項目ごとに記載されている。

分析の視点

支援中断事例の特徴とその解決策

正式利用中断の6事例について、個人記録に示された各支援の投入頻度割合を時系列でグラフ化した。あわせて、「支援会議資料」に見られる特徴的な記述を抜粋表記し、その関係性を考察した。

各支援の投入頻度の割合



支援会議の特徴的記述

支援会議	記述内容
初回	特徴的な記述なし
3か月	現実検討(金銭)「金銭の使い方について「欲求優先の思考」」
6か月	現実検討(金銭)「非現実的な願望がかなうまでの“がまん” 現実検討(金銭)「その日暮らしいやなり續けがせいぜい。 第三者の付け代が必要」
9か月	特徴的な記述なし
退所時	現実検討(生活リズム)「アパート設定し、 自由度が高くなる」と説明していった 現実検討(振返り)「ある程度「ガマン」できていたが、 それは「ガマン」されていられたから」 症兆A「試治開始以降楽想的な訴えが続いている」

退所後定着事例に関する考察

支援会議に記載された各生活課題の評価が、その後の支援のどのように活かされているかを分析した。

項目の分類

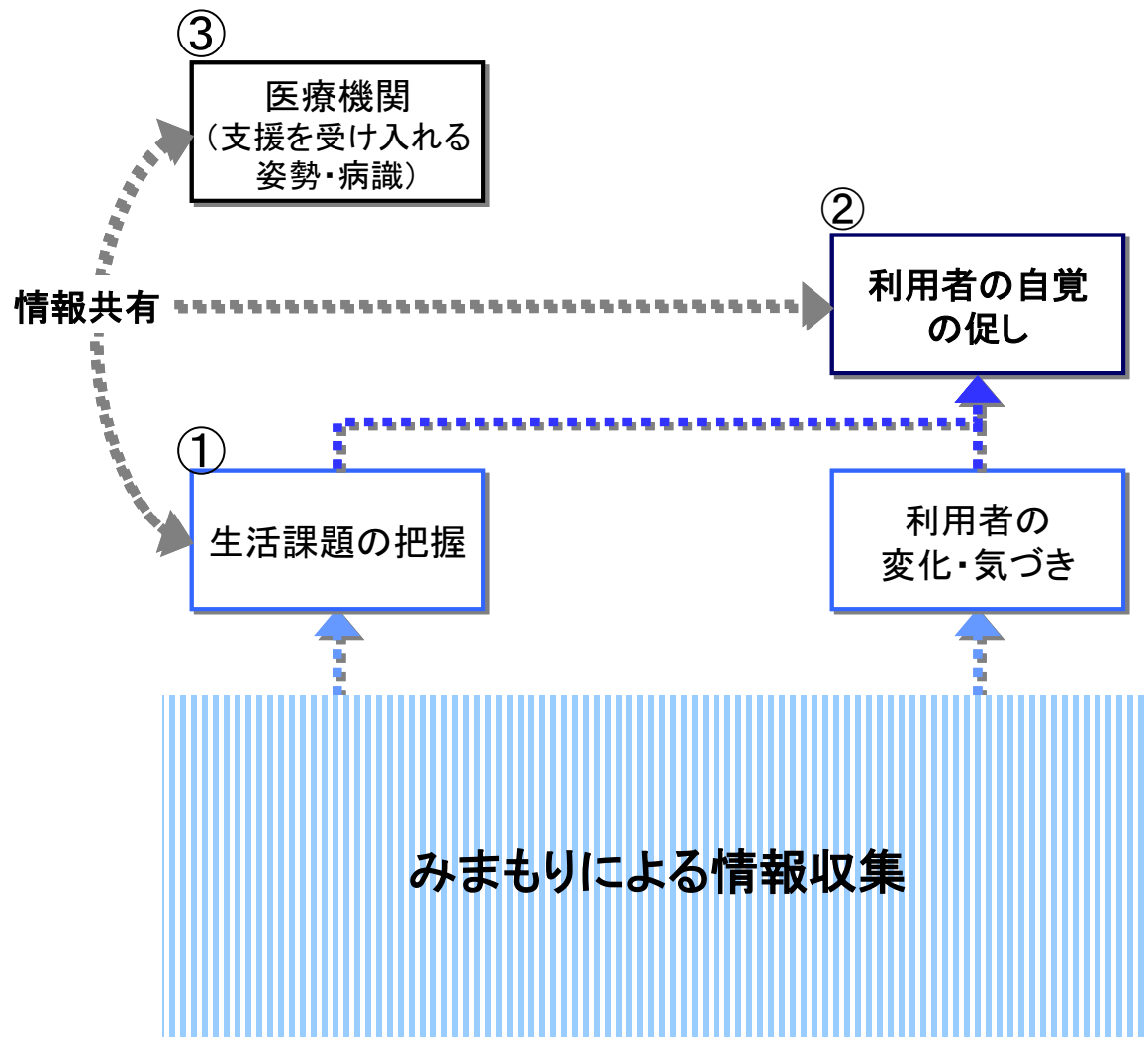
分類項目	支援会議資料における項目
日常生活	生活スキル(掃除、洗濯、食事ができているか) 通所(きちんと通所できているか)
家族	家族(両親や兄弟等、家族との関わり方、家族からの関わり方)
金銭	金銭(浪費をしていないか、節約して生活できているか)
服薬	服薬(怠業していないか)
社会生活	対人関係(通所先や友人、メンバーとの付き合い方)
住居	支援計画の項目で、「アパート」、「グループホーム」等、具体的な計画が初めて出てきた場合 (「単身生活」、「地域生活移行」は対象外)

判定基準

+	「できる」「問題ない」「こなせている」等十分できている旨の記載がある場合
-	「心配」「不十分」「苦手」等問題点として挙げられている場合
±	同一カンファレンスにて、同一支援項目で「+」と「-」がどちらも存在する場合

3-1. 支援中断事例の特徴とその解決策

生活訓練施設の利用中断を防ぐためには、①生活課題を明確にすること、②利用者本人の自覚を促すこと、③病状の変化に着目しつつ医療との連携を密にすることの3点が重要である。



①生活課題を明確にすること

支援会議を通じて、生活訓練施設だけでは把握することの難しい多面的な情報を得ることで、利用者一人ひとりの生活課題を明確にする。

そして、その生活課題とそれに対する支援方針を関係者で共有し、利用者に対する支援が一貫したものとなるようにする。

②利用者本人の自覚を促すこと

利用者本人が何らかの問題意識を持ったり、利用者に変化が見られたりといったわずかな変化を敏感に捉え、その問題意識や変化をうまく活用して支援につなげていくことが重要である。これは、病状悪化の芽に早期段階で気付くことにもつながる。

③病状の変化に着目しつつ医療との連携を密にすること

生活訓練施設利用中に明らかになったアセスメントを医療機関と共有し、医療機関には入院中から退院後を想定した治療、入院治療の範囲と外来治療の範囲の区分け、病状や障害に関する気づきに対しての本人の理解の深化、といったことを目的に治療を行ってもらう。

その上で、生活訓練施設では、どの点を改善すれば地域生活移行が可能になるのかを明確に見極め、利用者との間にコンセンサスを得て、支援を行う。

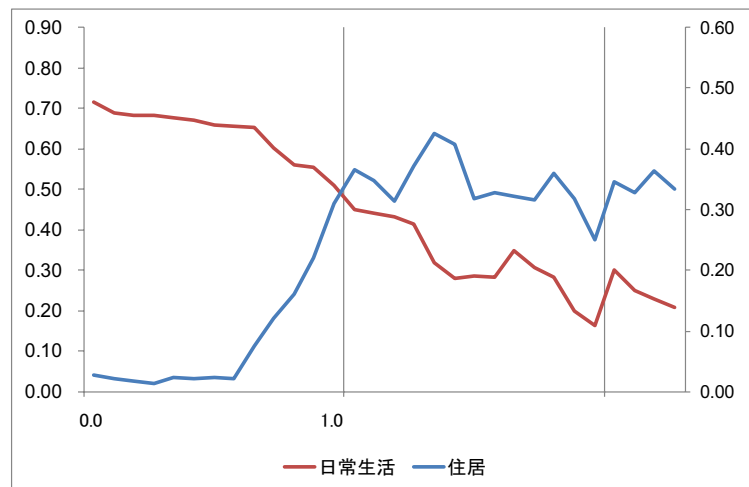
3-2. 退所後定着事例に関する考察

① 支援会議の重要性

支援会議において日常生活を送る上での生活スキルに関して一定の評価が定まったところで、具体的な住居設定に支援の軸足が移行するという流れが見られる。

② 「社会生活」の支援の位置づけ

支援フローにおける「社会生活」の支援で重要なのは、「住居」の支援とともに増加する「外部との連絡」と「公共機関での手続き等」と、その前段として発生する「メンバー／知人との交流」の「みまもり」である。これらは、スムーズに地域生活移行するために必要な支援である。

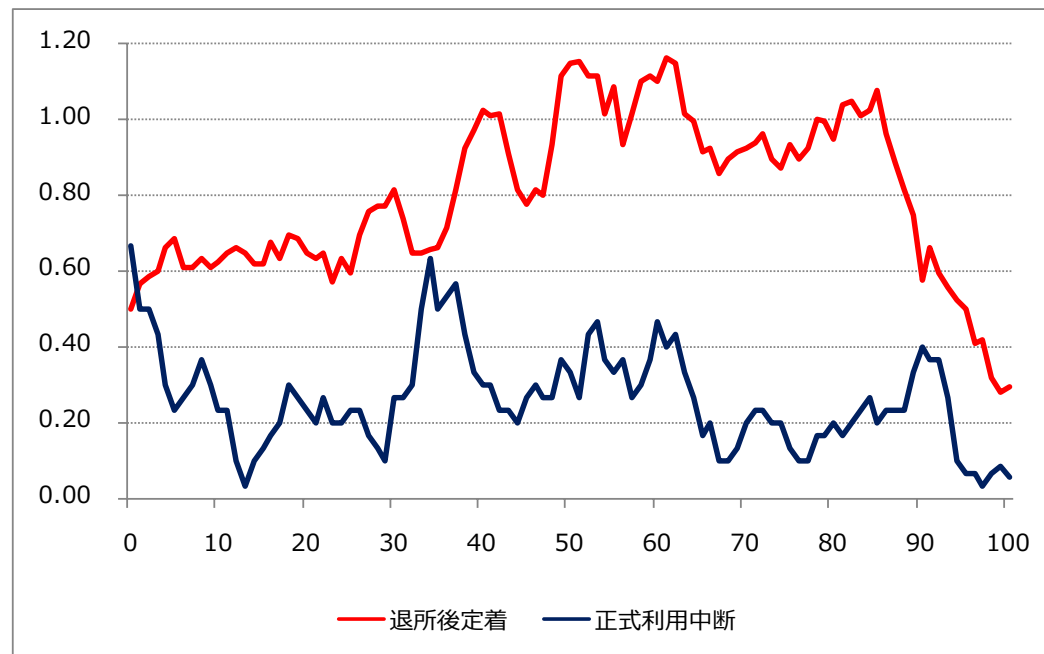


支援会議と支援のタイミング

横軸は相対時間(入所を0.0、住居増加の直前のカンファレンスを1.0)
縦軸は頻度割合の平均(日常生活は左軸、住居は右軸)

支援会議資料に記述された生活課題の判定

ケース	初回	3か月	6か月	9か月	退所時	結果
A	金銭± 社会生活± 住居	金銭± 社会生活±			金銭±	アパート



「メンバー／知人との交流」の投入頻度
(退所後定着事例と正式利用中断事例のとの比較)

縦軸は、退所後定着事例28事例の頻度平均である。
横軸は、正式利用入所日を0、退所日を100として各利用者の利用期間を標準化した値である。
データノイズ除去のために5単位時間あたりの移動平均をとってある。

平成21年度障害者保健福祉推進事業報告書（概要版）

**医療観察法対象者の社会復帰に関する先駆的実践事業及び
精神障害者の地域生活移行を実現する
生活実践型地域生活移行支援モデルの確立に関する研究**

平成22年3月 発行

編集兼発行所
財団法人横浜市総合保健医療財団

〒222-0035 横浜市港北区鳥山町1735番地
TEL : 045-475-0001 FAX : 045-475-0002
E-mail : info@yccc.jp WEB : <http://yccc.jp/>
