

# 医療観察法対象者を受け入れて 支援をするための手引書

～日中活動系障害福祉サービスの利用促進のために～

平成30(2018)年3月



公益社団法人 日本精神保健福祉士協会



# 目 次

手引書の使用にあたって	5
用語の解説	6
1. 医療観察法対象者の障害福祉サービスの利用促進のために (Q & A集)	8
1) 地域社会における支援における障壁と強み	8
Q 1 日中活動系の障害福祉サービス事業所等で、法対象者の利用が進んでいないのはなぜですか	8
Q 2 医療観察制度に特有の支援方法はありますか	10
2) 障害福祉サービスの利用の進め方	12
Q 3 法対象者が障害福祉サービスを利用する際の流れはどのようになりますか	12
Q 4 法対象者の利用を受け入れる際に、特別に気をつけなければならないことはありますか	14
Q 5 法対象者であることについて、事業所のスタッフや法人内で情報共有しておきたいと思いますが、どのタイミングで伝えるのが良いでしょうか	15
Q 6 サービス等利用計画書は、医療観察制度上の処遇実施計画書とは別に作成されることになりますか	15
【コラム】医療観察法の方を受けるにあたって	17
Q 7 法対象者のサービス利用中に特別に行わなければならない業務はありますか	17
Q 8 クライシスプランとはどのようなものですか。また、受け入れ事業所としてプランの内容を把握しておく必要はありますか	18
Q 9 利用中に病状が不安定となり入院が必要となった場合の入院先は、医療観察病棟になりますか	20
Q 10 法対象者の医療観察制度上の処遇がまもなく終了となる予定です。処遇終了後に気をつけなければならないことはありますか	21
【コラム】障害福祉サービスを利用して地域生活を継続している事例	22
2. 医療観察制度の概要と現状	28
1) 医療観察制度の概要	28
① 医療観察制度の目的	28
② 審判の流れ	28
③ 入院処遇	30
④ 通院処遇 (地域における処遇)	31
⑤ 医療観察制度における関係機関連携、チームアプローチ	33
⑥ 処遇終了後の支援	34
2) 医療観察制度の現状	36
① 生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察の動向	36
② 指定通院医療機関の現状	37



## 手引書の使用にあたって

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

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

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

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

## 用語の解説

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

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

### ■ 審判

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

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

### ■ 鑑定入院

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

### ■ 生活環境調査

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

### ■ 生活環境調整

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

### ■ 精神保健観察

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

## ■ 処遇実施計画

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

## ■ 共通評価項目

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

共通評価項目は、「精神医学的要素」（精神病症状、非精神病性症状、自殺企図）、「個人心理的要素」（内省、洞察、生活能力、衝動コントロール）、「対人関係的要素」（共感性、非社会性、対人暴力）、「環境的要素」（個人的支援、コミュニティ要因、ストレス、物質乱用、現実的計画）、「治療的要素」（コンプライアンス、治療効果、治療・ケアの継続性）の5カテゴリー、17項目で構成されます。

## ■ 社会復帰調整官

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

## ■ CPA会議

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

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

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

## ■ MDT会議

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

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

## 1) 地域社会における支援における障壁と強み

Q  
1

uestion

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

A

nswer

前提として、本法は、単に指定医療機関のみで運営される制度ではありません。

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

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

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

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



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

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

また、②の連携について、保健医療福祉分野における多機関・他職種連携については、古くから言われ、今日の実務には、欠くことができないものとなっています。本法における、連携では、保護観察所の社会復帰調整官が、重要な役割を果たしています。普段の実務では、あまり聞き慣れない職種ですが、本法の支援には必須の職種です。詳しくは、用語解説(4～5ページ)を参照し、この冊子を読み進めていただければ、具体的なイメージを持っていただけるものと思います。連携において、重要なことは、報酬上の算定要件を満たすといった形式的な連携では意味を成しません。対象者を輪の中心に、目標に向かい各々の専門職が、輪の軸となり、常に対話しチームが和やかに機能することが求められます。

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

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

## Q 2

Question

医療観察制度に特有の支援方法がありますか

## A nswer

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

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

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

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

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

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

説参照)の参加と通院(地域)処遇のスタッフ等の参加による、この会議の活用です。海外においても、退院後ケア計画やクライシスプラン(16~17ページ参照)は、非常に重要視されていますが、それと同じくらいに、その作成方法自体が重視されています。

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

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

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

## 2) 障害福祉サービスの利用の進め方

Q  
3

Question

法対象者が障害福祉サービスを利用する際の流れはどのようになり  
ますか

A

Answer

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

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

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

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

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

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





## 福祉サービスを利用してみたいと思ったら…

### 1 お住まいの市区町村にサービス利用申請

ご本人の状況や市区町村によって利用できるサービスは異なります。

### 2 認定調査

相談支援専門員が調査に同席することもあります。

### 3 サービス等利用計画案の作成 (相談支援事業所と契約)

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

### 4 障害支援区分の認定

### 5 サービス等利用計画案を市区町村に提出

### 6 サービスの支給決定

### 7 受給者証交付 (ご本人のところへ郵送)

### 8 サービス利用開始 (サービス提供事業所と契約)

### 9 サービス担当者会議の開催

### 10 お住まいの市区町村にサービス利用申請

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

サービス利用継続

## ※入院中から利用できるサービスとして地域移行支援事業が位置づけられました

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

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

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

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

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

Q  
4

Question

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

A

Answer

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

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

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

対象者の支援は、不安や心配事、生活のしづらさなどへの支援、働くことや活動する場に参加することによる孤立の防止、社会参加、役割獲得の支援、クライシスプラン（16～17ページ参照）による再発防止の視点と「これからどう生きていくか」という対象者のストレングスの視点が大切になります。



**Q  
5**

Question

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

**A**

Answer

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

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

**Q  
6**

Question

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

**A**

Answer

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

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

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

## 相談支援専門員の関わり(計画相談)

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

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

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

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





## コラム 医療観察法の方を受けるにあたって

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

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

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

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

### Q7 Question

法対象者のサービス利用中に特別に行わなければならない業務はありますか

### A Answer

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

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

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

## Q 8 Question

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

## A Answer

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

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

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

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

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

帰調整官を通じて、積極的に必要な要望を伝えるようにしていきます。

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

### 「(病状急変時等)緊急時対応計画(クライシスプラン)」とは

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

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



## Q9

Question

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

## A

Answer

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

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



**Q  
10**

Question

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

**A**

Answer

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

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

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

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





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

#### Aさん、55歳、女性

診断名：統合失調症

対象行為：放火

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

## 1. 生活歴

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

## 2. Aさんが起こした対象行為と入院処遇から通院処遇までの経過

### ● 対象行為までの経緯

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

### ● 障害福祉サービスを利用するまでの経緯

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

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

### ● グループホーム入所（退所）から現在の地域生活に至るまでの経過

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

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

入所時期を決定し、本人とともに準備に入りました。

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

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

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

通院処遇3年を経過し、医療観察法の支援は終了しました。

## 3. 現在の生活状況

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

### ● Aさんの希望

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

## ● 支援目標

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

## ● 現在利用中のサービス

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

## 4. 支援を振り返って

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

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

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

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



## 事例2

# 通院処遇後病状の悪化を経て就労を目標とした支援に移行したBさん

～多くの機関が連携して計画的な就労に向けて支援した事例～

### Bさん、30歳、男性

診断名：妄想型統合失調症

対象行為：警察官への傷害

居住地：C市内の実家(実母と同居)

## 1. Bさんの生活歴と病歴

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

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

## 2. 対象行為と入院処遇の経過

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

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

### 3. 通院処遇開始と精神保健福祉法による入院

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

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

### 4. 就労継続支援B型事業所の利用

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

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

### 5. 通院処遇の満期終了

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

## 6. 本事例のポイント

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

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

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



# 2. 医療観察制度の概要と現状

## 1) 医療観察制度の概要

### ①医療観察制度の目的

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

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

### ②審判の流れ(当初審判)

図1 医療観察制度の仕組み

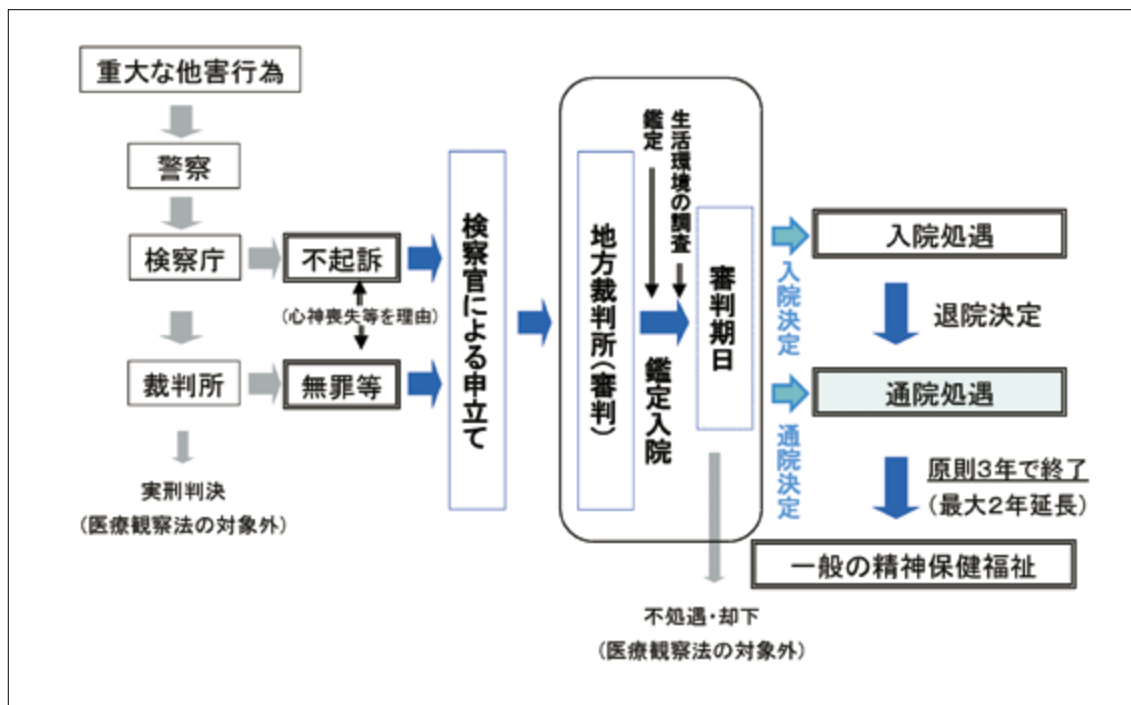


図1では、医療観察制度の仕組みについて示しました。

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

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

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





### ③入院処遇

図2 指定入院医療機関における医療

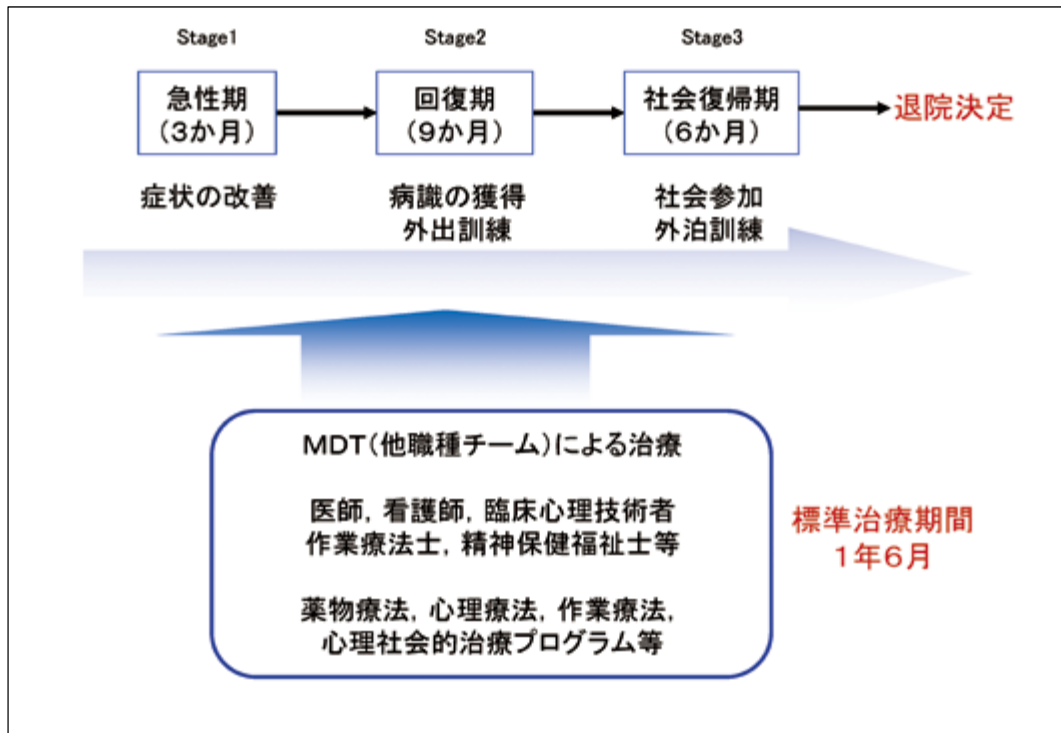


図2では、指定入院医療機関における医療について示しました。

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

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

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

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

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

#### ④通院処遇(地域における処遇)

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

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

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

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

図3 通院処遇の期間

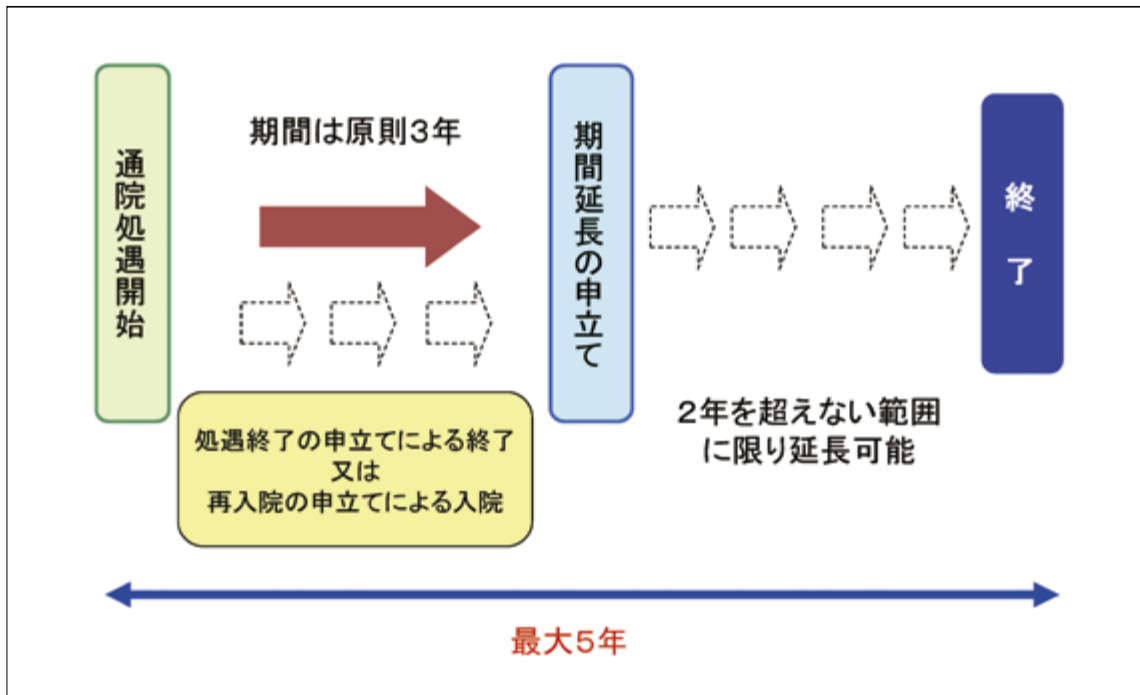


図3では、通院処遇の期間を示しました。

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

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

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

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

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



## ⑤医療観察制度における関係機関連携、チームアプローチ

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

図4 地域における処遇の実際

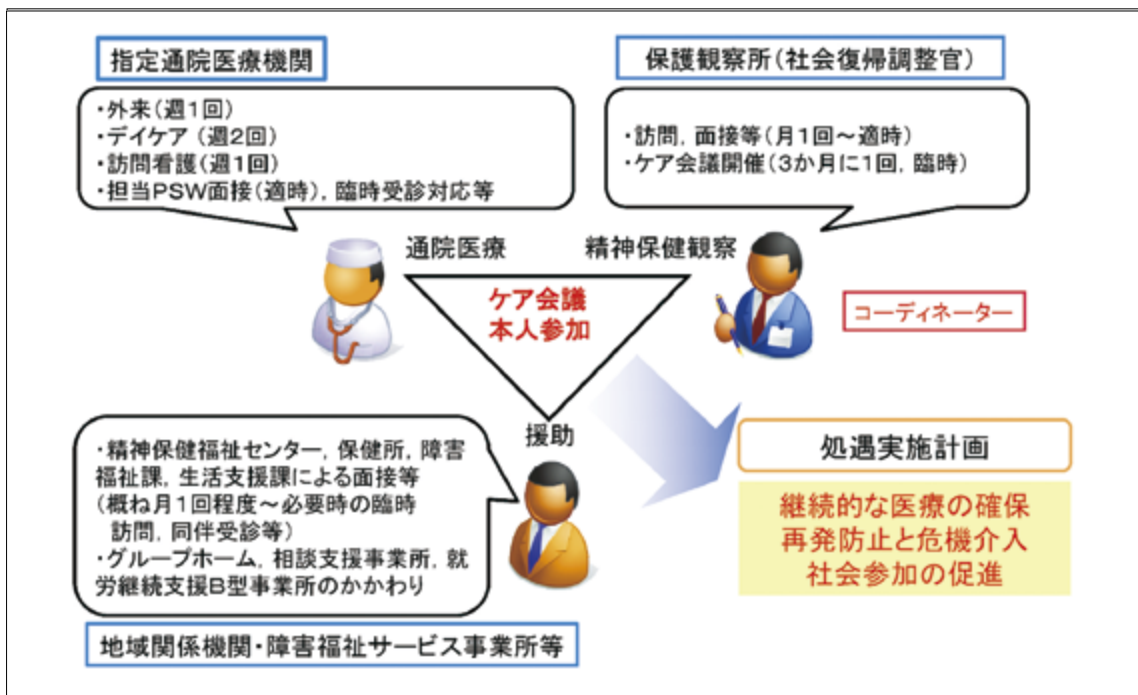


図4では、地域における処遇の実際について示しました。

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

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

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

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

## ⑥ 処遇終了後の支援

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

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

図5 医療観察法と一般の精神医療及び精神保健福祉との関係

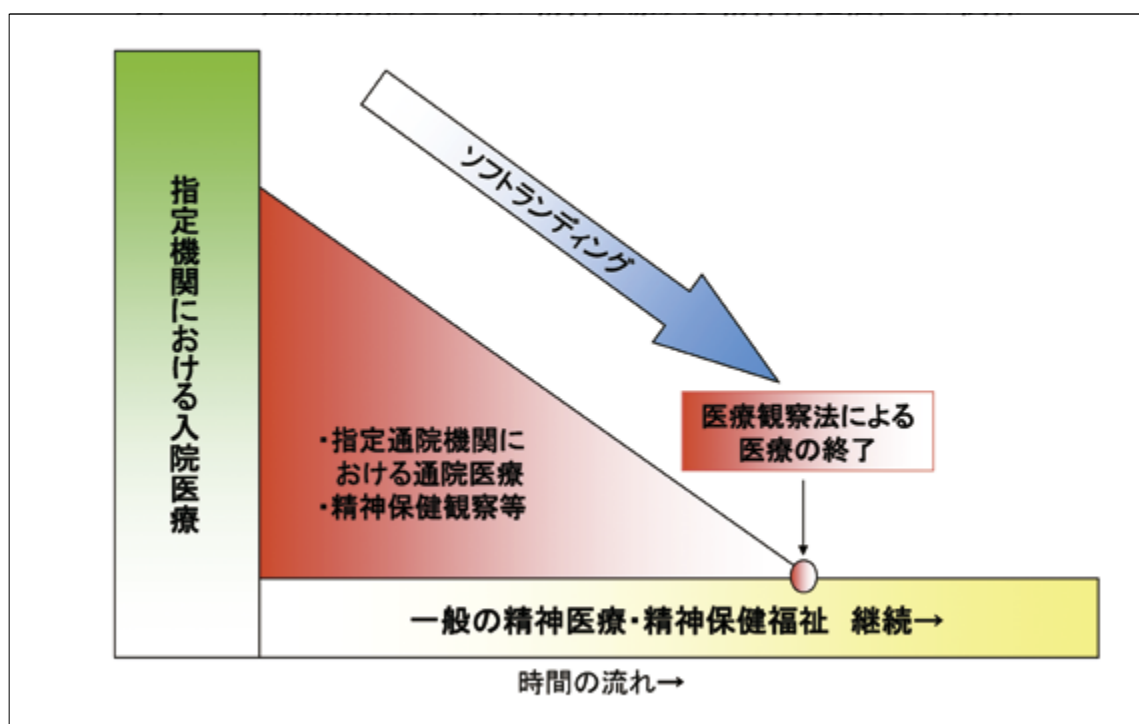


図5では、医療観察法と一般の精神医療及び精神保健福祉との関係について示しました。医療観察法による通院処遇終了後は、社会復帰調整官が介在せず、対象者が自ら必要な医療や支援を受け、その対象者らしい生活を確立していくことが重要です。そのため、通院処遇期間中から医療観察法の処遇終了後の体制について、対象者及び地域関係機関と十分に協議して目標を立て、通院処遇が終了しても対象者に適切な支援が提供されることが必要です。

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

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

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

## 2) 医療観察制度の現状

### ①生活環境調査、生活環境調整、精神保健観察の動向

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

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

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

図6 生活環境調査事件の開始件数の推移

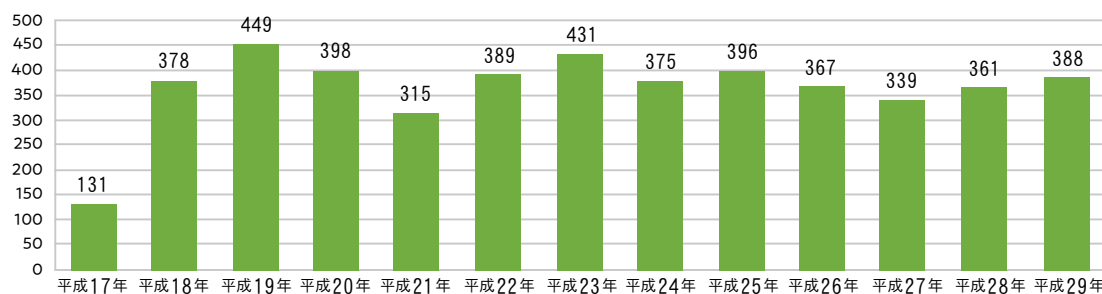


図7 生活環境調整事件の係属件数の推移(各年末現在)

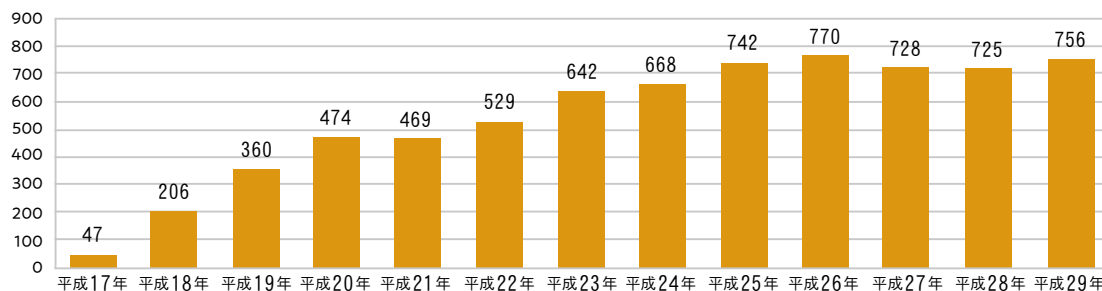
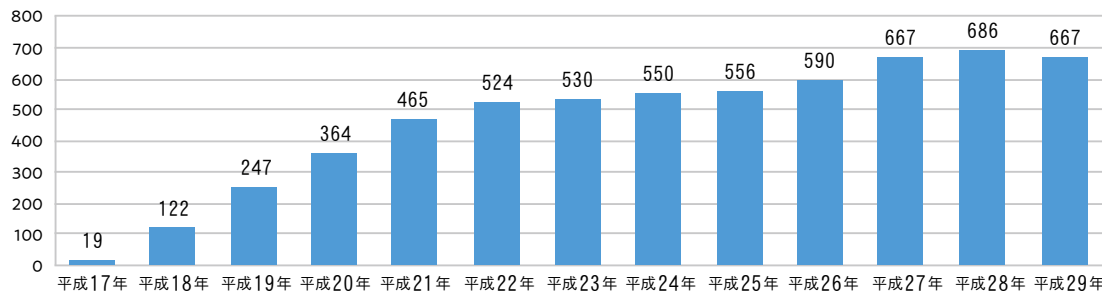


図8 精神保健観察事件の係属件数の推移(各年末現在)



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

※平成29(2017)年については速報値である。

※単位：件



## ②指定通院医療機関の現状

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## ■執筆者

- 会田 真一 特定非営利活動法人ヒーライトねっと  
伊藤 勝江 つくばライフサポートセンターみどりの  
大屋 未輝 おおや精神保健福祉士オフィス  
木太 直人 公益社団法人日本精神保健福祉士協会  
関口 暁雄 埼玉県済生会 夢の実ハウス  
野村 祥平 東京保護観察所  
船山 健二 一般財団法人聖マリアンナ会 東横恵愛病院  
三澤 孝夫 国際医療福祉大学

## ■協力

厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課  
医療観察法医療体制整備推進室  
法務省 保護局 精神保健観察企画官室

---

厚生労働省 平成29年度障害者総合福祉推進事業

医療観察法対象者を受け入れて

支援をするための手引書

～日中活動系障害福祉サービスの利用促進のために～

---

平成30(2018)年3月 発行

発行 公益社団法人 日本精神保健福祉士協会

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



