

厚生労働省

平成30年度障害者総合福祉推進事業

医療観察法対象者に対する差別の解消及び
偏見を除去するためのプログラムの作成

報 告 書

平成31（2019）年3月

東日本学園（北海道医療大学）

厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業
医療観察法対象者に対する差別の解消及び偏見を除去するためのプログラムの作成 報告書
目 次

I. はじめに.....	1
II. 事業要旨.....	2
1. 事業の目的と概要.....	2
2. 検討委員会等実施状況.....	3
3. 実行委員・検討委員名簿.....	4
4. 年間事業実施スケジュール.....	5
III. シンポジウム等の内容.....	6
1. 札幌シンポジウム.....	6
2. 四国シンポジウム.....	9
3. 東京シンポジウム.....	12
4. 花巻病院見学及びワークショップ.....	15
5. 札幌ワークショップ.....	18
IV. 差別及び偏見に関するアンケート調査.....	21
1. 調査対象.....	21
2. 調査方法.....	21
3. 実施手順.....	22
4. 調査1の結果.....	22
5. 調査2の結果.....	31
V. フォーカスグループインタビュー.....	34
1. 事業協力者（介入群）.....	34
2. データ収集方法.....	34
3. データ分析.....	35
4. 結果.....	36
VI. 考察.....	38
1. 正しい知識（情報）の提供.....	38
2. 「見て、体験し、考える」場の提供.....	38
3. 地域における協力者（キーパーソン）の育成.....	39
4. 継続したフォローアップ.....	39

I. はじめに

医療観察法は、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者に対し、継続的かつ適切な医療を確保して病状の改善を図り、同様の行為の再発を防止し、その社会復帰を促進させることを目的とした制度である。

医療観察法施行後、13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医療支援によって、本制度は、一定の成果をあげている。

このような中で、最近では、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おり、医療支援に止まらない、住居確保や就労、社会参加の場所の確保等、更なる地域社会の処遇の進展を目指した支援体制を構築することが課題となっている。

特に医療観察法対象者（以下「法対象者」という。）は、精神障害に加えて、重大な他害行為を行ったという、言わば二重のハンディキャップを背負った障害者であり、医療支援とともに障害者総合支援法に基づく障害福祉サービスを有効的に活用するための連携や協働が不可欠といえよう。

しかしながら、現状は、障害福祉サービス事業所において、法対象者に対する正しい理解や利用の受け入れが進んでいないため、法対象者の住居確保や就労、社会参加の場所を確保することが難しい状況にある。

医療観察制度に関する普及啓発は、これまで保護観察所が主体となって都道府県主管課とともに運営連絡協議会及び地域連絡協議会等において制度説明等を実施してきたが、限られた機関のみの情報交換では、法対象者に対する偏見を除去し、差別を解消させるまでには至っていない。

そこで、平成30年度の障害者総合福祉推進事業では、障害福祉サービス事業者を対象に、医療観察制度と法対象者の正しい情報と理解を促進するために、シンポジウムを開催し、参加者にアンケート調査を実施して、その結果を分析するとともに、指定入院医療機関の見学、ワークショップを通して法対象者に対する見方がどのように変化したかを検討し、法対象者に対する偏見や差別を解消し、受け入れを促進するためのプログラムを開発した。

本報告書が活用されて、地域社会の中に法対象者が同じ障害者として、障害福祉サービスを利用できる支援体制が構築され、社会復帰の促進がなされることを祈念する。

東日本学園（北海道医療大学）

Ⅱ. 事業要旨

1. 事業の目的と概要

1. 事業の目的

医療観察法対象者の社会復帰を促進させるためには、地域（障害福祉サービス事業者等）の法対象者に対する差別の解消や偏見を除去するための働きかけが必要である。本事業の目的は、そのために有効なプログラムを作成することである。作成したプログラムは、都道府県及び政令指定都市の主管課、全国の保護観察所に送付し、各地域での医療観察制度の普及・啓発を促す。

2. 事業実施内容

①シンポジウムの開催

＊医療観察制度説明、指定通院医療機関や地域の福祉サービス事業等の関係機関・対象者家族・対象者からの情報提供

＊高知市（小都市）、札幌市（中都市）、東京都（大都市）の3か所で開催。

②指定入院医療機関（花巻病院）の見学およびワークショップ（事業協力者）

③札幌ワークショップ（事業協力者）

④シンポジウム参加者に対するアンケート調査・分析

⑤事業協力者に対するアンケート調査・分析

⑥フォーカスグループインタビュー（事業協力者）

＊事業協力者：就労系（就労支援事業所等）4名、住居系（グループホーム等）4名

3. 考 察

（1）正しい知識（情報）の提供

対象者を限定しない情報提供の場（シンポジウム）を設けることは、特に情報が少ない小都市（高知市）では、医療観察法や対象者に対する意識や見方を変える機会として有効である。

（2）「見て、体験し、考える」場の提供

実際に医療観察法対象者に対する偏見を除去し、差別を解消するためには、実際に「見て、体験し、考える」場を継続して設けることが必要とされる。

（3）地域における協力者（キーパーソン）の育成

今回の事業のようなプログラムを実施し、地域の協力者を育成することによって、職場、地域と、医療観察法対象者に対する偏見や差別が軽減する土壌が、少しずつ醸成されていくことが期待される。

（4）継続したフォローアップ

地域で医療観察法対象者を安定的に受け入れていくためには、地域ネットワークが不可欠であり、それを維持するためには、息の長いフォローアップが必要となる。

4. 成果物

本事業の結果に基づく「医療観察法対象者に対する差別の解消及び偏見を除去するためのプログラム」の作成

2. 検討委員会等実施状況

(1) 検討委員会

① 第1回

開催日時	平成30(2018)年7月9日(月曜日)18時30分～21時
出席者数	14名
内 容	自己紹介、本事業の概要及び説明、今後のスケジュール、質疑応答

② 第2回

開催日時	平成31(2019)年2月23日(土曜日)14時～16時
出席者数	10名
内 容	本事業の報告及び説明、質疑応答

(2) 事業担当者会議

① 第1回

開催日時	平成30(2018)年7月17日(火曜日)18時～20時
出席者数	13名
内 容	自己紹介、本事業の説明、協議及び意見交換

② 第2回

開催日時	平成30(2018)年8月25日(土曜日)18時30分～21時
出席者数	10名
内 容	札幌シンポジウム及び四国シンポジウムについて、花巻病院ワークショップについて、アンケートについて

③ 第3回

開催日時	平成30(2018)年11月11日(日曜日)17時30分～20時
出席者数	10名
内 容	札幌シンポジウム、四国シンポジウム及び花巻病院ワークショップについての報告、事業協力者へのグループワークについての報告、東京シンポジウムについて

④ 第4回

開催日時	平成31(2019)年2月2日(土曜日)14時～17時
出席者数	10名
内 容	東京シンポジウムの報告、調査結果の報告、事業成果物、手引き、事業報告について、フォーカスグループインタビューの分析について

3. 実行委員・検討委員名簿

(1) 検討委員会メンバー

	氏名	所属	職名
1	八木 深	独立行政法人国立病院機構 花巻病院 指定入院医療機関	院長
2	賀古 勇輝	北海道大学 大学院医学研究院 神経病態学分野 精神医学教室	医局長
3	岡崎 大介	北海道立精神保健福祉センター	所長
4	三村 誠	北海道保健福祉部福祉局 障がい者保健福祉課 精神保健福祉グループ	主査
5	志水 幸	北海道医療大学	看護福祉学部教授
6	望月 和代	札幌学院大学	人文学部教授
7	新納 美美	育ちの支援オフィス かんごの木	代表
8	佐々木 寛	北海道精神保健福祉士協会	会長
9	矢部 滋也	北海道ピアサポート協会	代表理事
オブザーバー	田代 充	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	室長補佐
オブザーバー	村瀬 匡司	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	調査係長

(2) 事業担当者会議メンバー

	氏名	所属	職名
1	向谷地 生良	北海道医療大学	看護福祉学部教授
2	佐々木 敏明	北海道医療大学	看護福祉学部教授
3	佐藤 園美	北海道医療大学	看護福祉学部准教授
4	奥田 かおり	北海道医療大学	看護福祉学部講師
5	佐々木 渉	大通公園メンタルクリニック	精神保健福祉士
6	新納 美美	育ちの支援オフィス かんごの木	代表
7	橋本 菊次郎	北翔大学	教育文化学部准教授
8	垣内 佐智子	広島保護観察所	社会復帰調整官
9	望月 和代	札幌学院大学	人文学部教授
10	江口 義則	札幌保護観察所	統括保護観察官
11	宇津木 朗	さいたま保護観察所	社会復帰調整官
12	坂本 和巳	法務省保護局	法務専門官

事務補助員：高張 陽子（北海道医療大学 臨時職員）

4. 年間事業実施スケジュール

日 時	事 項	内 容	出席者、参加者等
2018年7月9日(月) 18:30~21:00	第1回 検討委員会	事業概要の説明 今後のスケジュールの検討等	出席者 14名
2018年7月17日(火) 18:00~20:00	第1回 事業担当者会議	事業概要の説明 今後の計画と役割分担についての検討等	出席者 13名
2018年8月25日(土) 17:30~18:30	札幌シンポジウム 事前打ち合わせ会議	シンポジストとの事前打ち合わせ等	出席者 13名
2018年8月25日(土) 18:30~21:00	第2回 事業担当者会議	札幌及び四国シンポジウムについての 打ち合わせ等	出席者 10名
2018年9月2日(日) 12:30~17:00	札幌シンポジウム	テーマ:医療観察制度における地域支援を促進 するために	参加者 63名 事業スタッフ 10名 ボランティア 6名
2018年9月29日(土) 13:00~16:00	四国シンポジウム	テーマ:支援者の中にもある拒否感を乗り越えた 先に在るもの ~精神障害者の中でも特に差別 や偏見の対象となる医療観察法対象者につい て~	参加者 46名 事業担当者 4名 現地スタッフ・ ボランティア 2名
2018年10月12日(金) 10:00~16:30	花巻病院見学及び ワークショップ	医療観察法病棟における当事者研究プログラム 参加、ワークショップの開催	事業協力者 8名 事業スタッフ 5名 病院スタッフ 7名
2018年10月27日(土) 2018年11月6日(火) 18:00~21:00	グループワーク 打ち合わせ会議	グループワークの進め方等の打ち合わせ等	出席者 6名 出席者 7名
2018年11月11日(日) 13:00~16:30	札幌ワークショップ	テーマ:花巻病院での体験等を振り返り、職場に対 する医療観察法対象者を受け入れるためのプロ グラム内容を考える	事業協力者 8名 事業スタッフ 8名
2018年11月11日(日) 17:30~20:00	第3回 事業担当者会議	東京シンポジウムについての打ち合わせ等	出席者 10名
2018年12月8日(土) 12:30~16:30	東京シンポジウム	テーマ:医療観察制度における地域支援を促進 するために	参加者 48名 事業担当者 4名 現地スタッフ 4名
2019年1月12日(土) 14:00~17:00	フォーカスグループ インタビュー	テーマ1:本事業に参加して自身の変化について テーマ2:自身の変化について、周りに伝えたか どうか、周りの反応はどうだったか	事業協力者 7名 事業スタッフ 6名
2019年2月2日(土) 14:00~17:00	第4回 事業担当者会議	全事業及びシンポジウムの振り返り 報告及び報告書の検討等	出席者 10名
2019年2月23日(土) 14:00~16:00	第2回 検討委員会	事業の報告及び報告書についての検討 プログラムの冊子の内容についての報告	出席者 10名

※この他、コアメンバーでの打合せを、月に2~3回の頻度で実施した。

Ⅲ. シンポジウム等の内容

1. 札幌シンポジウム

【開催日時】 2018年9月2日（日曜日）12時30分～17時00分

【会 場】 北海道クリスチャンセンターホール（札幌市北区北7条西6丁目）

【テ ー マ】 医療観察制度における地域支援を促進するために

【参加者】 63名 + 事業担当者・事務補助員10名、ボランティア6名

【概 要】

1	<p>講 演 「精神障がい者の地域支援から、医療観察法の支援を考える」</p> <p>講 師 北海道精神保健福祉士協会 会長 佐々木 寛 氏</p>
2	<p>シンポジウム「医療観察法の対象者の支援を通して見えてきたこと」</p> <p>座長：札幌学院大学人文学部 望月 和代 氏</p> <p>① 司法領域のソーシャルワークの視点から 佐野 恵理 氏</p> <p>② 司法医療と一般医療の接点を模索して 佐々木 渉 氏</p> <p>③ 住むこと、そして、生活を支援すること 加藤 慎治 氏</p> <p>④ 対象者にとっての“当たり前働く”を支える 小畑 友希 氏</p>
3	<p>質疑応答</p> <p>① 向谷地 生良 氏 北海道医療大学教授（指定発言） 「諸外国における精神保健福祉と指定入院医療機関における当事者研究」</p> <p>② 賀古 勇輝 氏 北海道大学病院 精神科神経科 医師 ア 医療観察制度の普及啓発のための機会を増やしていく必要がある。 イ グループホーム・就労支援事業所の受け入れを促進するためには何が必要か。</p>

(1) 内 容

① 企画趣旨

北海道は、今回の事業を担当している地域であること、広域なエリアであること、医療観察法申立て件数が全国平均よりもやや多い地域であること、医療観察法の地域連絡協議会等が定期的開催されて、指定通院医療機関をはじめとする医療関係者に、医療観察法の理解が比較的進んでいることなどを理由に、開催地域として選定した。

現在、自身で立ち上げたNPO法人で、精神障害者の就労支援事業所等を運営している北海道精神保健福祉士協会の会長は、医療観察法が施行された当初から、その法制度への理解が深く、平成17（2005）年から日本更生保護協会のモデル事業にて、釧路保護観察所とともに、医療観察制度のダブルケアマネジメントの手法を開発・実施しながら、広域な地域（釧路地区は四国4県を合わせたよりも広大）で医療観察法対象者を支援してきた。

その経過を踏まえ、医療観察法の目的である社会復帰を促進する方法、地域の理解と受け入れを促進するために必要な視点、今後の課題等を、シンポジウムの冒頭に、総論的に話して頂くことを意図して、登壇を依頼した。

シンポジストには、元社会復帰調整官、指定通院医療機関のソーシャルワーカー、医療観察法の対象者の受け入れ経験のある住居系のソーシャルワーカー、同じく就労系のソーシャルワーカーに、それぞれ自身の経験に基づいて、受け入れ促進のヒントや医療観察法の支援体制の地域課題等について事前の打ち合わせを行い、参加者に伝えてもらうように依頼した。

② 報告

北海道精神保健福祉士協会の会長は、医療観察法の対象者の地域支援に、ダブルケアマネジメントの手法を用いて、広域な地域で、医療観察法対象者を支援してきた経過について話した。

③ シンポジウム

元社会復帰調整官は、医療観察法の概要説明や保護観察所における社会復帰調整官の役割や司法領域のソーシャルワークの視点について語った。

指定通院医療機関のソーシャルワーカーは、地域処遇の現場で起こっている課題やソーシャルワーカーとしての葛藤を踏まえて、司法医療と一般医療の接点を探る内容であった。

住居系のソーシャルワーカーは、医療観察法対象者の具体的な事例をもとに、対象者の受け入れを通じて、住むことと、その中での生活を支援することは一般の精神障害者と大きな違いはないと、フロアに伝えた。

就労系のソーシャルワーカーは、困難な事例を通じて、医療観察法の対象者にとっての働くことの意義について話した。

④ 意見交換

北海道医療大学の教授から指定入院医療機関で実践している長期入院対象者の「当事者研究」について、「スタッフが加害者の中に隠れている被害者問題を理解することで、長期入院対象者の治療意欲・社会復帰意欲を高めさせ、障害福祉サービス事業者の受け入れを促進させる鍵となる。」と助言があった。

(2) 所 感

医療観察法は、施行から 13 年が経過したところであるが、これまで地域処遇における関係機関への普及啓発については、保護観察所において、関係者のみに実施してきた。

今回は、医療観察法の対象者の受け入れのない事業者や医療機関に対して、制度理解のための説明に加え、普及啓発に向けて、各事業所等から具体的な事例等も含めた医療観察法の対象者の実際が話されるという初めての試みとなったが、法対象者の最終目標である社会復帰を促進させる上では、障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業者への普及啓発が重要であり、今後このようなシンポジウムを、単年度ではなく、継続的・定期的で開催していくことが必要ではないかとの認識に至っている。

〔シンポジウム開催に向けてのスケジュール（案）〕

3ヶ月前	第1回担当者会議	コアメンバーでの企画の検討を行う
3ヶ月前	会場の確保	交通アクセスと駐車場の有無等を確認する
2ヶ月前	第2回担当者会議	担当者および実行委員等の選定、予算確保を検討する
	講師依頼と挨拶	
	担当課や他機関への協力依頼	参加対象者の紹介やシンポジストを紹介してもらう
2ヶ月前	シンポジストへ依頼	医療観察法対象者等の可否を検討する
	シンポジストへ依頼文送付	
	第3回担当者会議	チラシの作成（資料11参照）、周知方法（郵送・メール・ファックス）検討、アンケートの作成、内容および懇親会の有無等を検討する
1ヶ月前	案内文送付	懇親会場を予約する
1ヶ月前	シンポジスト打合せ	遠方の人とは電話メール等で打合せを行う
	第4回担当者会議	役割分担を行い、当日までの準備について確認する
2週間前	シンポジウム参加者の締め切り	懇親会の予約、資料印刷、グループ分け
1週間前	最終確認	垂れ幕や名札等の準備、呼称の統一
当日	講師や座長およびシンポジスト打合せ	進行の確認と、講師やシンポジストと打合わせを行う
	シンポジウム開催	会場の準備～実施する
	質疑、指定発言、ワークショップ等	地域ごとの特徴を生かして、それぞれ行う
	懇親会	挨拶等の依頼
終了後 1ヶ月以内	振返り、シンポジストに礼状等送付	アンケートの集約
	支払い、会計締め	決算

2. 四国シンポジウム

【開催日時】 2018年9月29日（土曜日）13時～16時

【会 場】 高知会館

【テ ー マ】 支援者の中にもある拒否感を乗り越えた先に在るもの

～精神障害者の中でも特に差別や偏見の対象となる医療観察法対象者について～

【参加者】 46名 + 事業担当者4名、現地スタッフ・ボランティア2名

【概 要】

1	医療観察制度と通院対象者報酬加算について説明 法務省保護局 法務専門官 坂本 和巳氏
2	話題提供「精神障害者が直面している現実」 公益社団法人 広島県精神保健福祉家族会連合会 理事 特定非営利活動法人就労継続支援B型事業所 WIND えのみや 施設長 横山 朋子 氏
3	シンポジウム ① 就労支援から NPO法人ワークスみらい高知 サービス管理責任者 坂本 香織 氏 ② 住居支援から NPO法人ピース 理事長 梶浦 英紀 氏 ③ 居場所から 社会福祉法人ファミリーユ 高知しごと・生活サポートセンターウエーブ サービス管理責任者 中越 太一 氏 ④ 医療から 株式会社高知駅前観光社長（元海辺の杜ホスピタル心理士） 梅原 章利 氏
4	グループワーク

（1）内 容

① 企画趣旨

地域については、小規模の都市であること、また、医療観察法申立て件数は全国からみると少ないが、高知医療観察ネットワーク会議（研究会）があり、精神科医療福祉領域の関係者に医療観察法の理解があったことなどから、四国の高知市を選定した。

広島県の家族会連合会理事には、広い視野と当事者家族としての視点があるが、これまで医療観察法への関与はなかったことから、触法精神障害者を含め、広く精神障害者が直面している現実や、その家族として乗り越えてきた経験等を、医療観察法に関与したシンポジストらとは違う切り口で話題を提供してもらうこととした。

シンポジストは札幌と同様に、関係機関の連携を意図して、うまくいった事例だけでなく、うまくいかなかったと思われる事例報告や、住居のモデル事業を発足させた徳島県の事業所から、医療観察法の居住支援についての話をしてもらうよう依頼し、シンポジウムの後、テーマについて参加者の意見や感想を話し合うためのグループワークも企画した。

② 報告

法務省保護局の法務専門官から、医療観察制度と地域加算について説明をした。

③ 話題提供

広島の子精神障害者の家族で、現在、事業所を運営している支援者が、「精神障害者の家族として受けた差別とそれを乗り越えてきた経験」を語り、さらに就労継続支援B型事業所の管理者として、現在の事業所の実践を報告した。

④ シンポジウム

シンポジストは、就労系事業所からは、難しい法対象者とのかかわりや支援の苦勞の経験を通して、法対象者を受け入れ支援していくことに関する困難さ等、率直で示唆に富む話しが展開された。

高知県外からのシンポジストとして、住居系事業所からは、触法及び医療観察法の対象者を他の利用者と分け隔てることなく受け入れ、積極的な支援をしている実際が話された。

日中活動の事業所からは、当事者であるAさんも一緒に登壇した。Aさんとサービス管理責任者との対話を通じ、法対象者として医療や支援を受けた経過や、その間の支援者との関係性や心情に加えて、今後の希望等も語り、どのような支援が社会復帰に有効かを、当事者と支援者の双方向に語りながら、明らかにしようと試みた。

元指定通院医療機関の臨床心理士として、また、現在は民間の株式会社の取締役として、医療観察法の関係者の立場と社長という一市民という二つの立場から、精神障害者や医療観察法の対象者に対する差別や偏見等についての考え方やその変化を述べた。制度の外側を大きく取り巻く市民社会は、いまだに精神障害者に対する大きな差別や偏見があり、それを取り除くことは簡単ではないと語り、医療観察法の対象者も地域の一市民であり、社会復帰のために積極的な受け入れが実現できるよう、今回のような企画を続けていく必要があると話した。

⑤ グループワーク

各グループに分かれて、それぞれ感想を述べ合ったり、テーマごとに話し合ったりした。

(2) 所 感

情報や研修等が少ない地域では、今回のような①情報提供（制度説明やシンポジウム）をし、②様々な立場からそれぞれの支援の体験や経験を語り、③それを共有する「場」を設けることが、医療観察法や法対象者に対する意識や見方を変える好機となった。

また、アンケートの実施が、支援者の中にある潜在意識にも目を向けることができる、意識変革の「ツール」として、有効であることも分かった。

今回、話題提供者の家族やシンポジストのAさんが、当事者としての自身のリカバリーや経験について語ったことの意味は大きく、参加者の「支援者としてのあらたな認識」を喚起したのではないかと考える。

本事業の目的であるプログラム作成の手引きには、事業所の管理者等を対象とするような、ターゲットを絞り込んだ企画や、当事者との協同のプログラムの内容なども示すことができればと考える。一方、主催者等との信頼関係がないまま、パッケージ化したプログラムを作成することについては、当事者や被害者等の尊厳を傷つける可能性も孕んでおり、慎重な企画立案が求められ、当事者と支援者の対等な関係性や双方向性を意識しながら、企画や実施における理念等も盛り込みたい。

また、医療観察法対象者が少ない地域においては、医療観察法の処遇だけを研修の目的にすると、参加者が少なくなることが予想され、広く普及啓発を目的とする場合には、一般の精神障害者の処遇困難事例等への汎用を意図した研修等も検討できればと考える。

シンポジウム等を企画する上での課題として、実施の時期や他の研修会との重なりがないか等も考慮に入れ、ゆとりある企画・運営にあたる必要がある。札幌と同様、今後もこのようなシンポジウムを、単年度ではなく、継続的・定期的に開催していくことが必要ではないかとの認識に至っている。

3. 東京シンポジウム

【開催日時】 2018年12月8日（土曜日）12時30分～16時30分

【会場】 アルカディア市ヶ谷（東京都千代田区九段北4-2-25）

【テーマ】 医療観察制度における地域支援を促進するために

【参加者】 48名 + 事業担当者4名、現地スタッフ4名

【概要】

1	<p>講演「医療観察制度における厚生労働省の取組」</p> <p>講師 厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部 精神・障害保健課 医療観察法医療体制整備推進室 室長補佐 田代 充 氏</p>
2	<p>シンポジウム「医療観察制度における地域支援を促進するために ～私たちがしていること・できること～」</p> <p>座長：さいたま保護観察所 社会復帰調整官 宇津木 朗 氏</p> <p>① 地域処遇における関係機関との連携 障害福祉サービス事業者との連携について 法務省 東京保護観察所 社会復帰調整官 野村 祥平 氏</p> <p>② 埼玉県済生会 夢の実ハウス 施設長 関口 暁雄 氏</p> <p>③ 東京足立病院 医療福祉相談室 精神保健福祉士 守屋 弘一 氏</p> <p>④ 川口市障害者相談支援センター ひなぎく 相談支援専門員 岡崎 亘平 氏</p>
3	<p>指定発言 「医療観察制度における地域支援を促進するために」</p> <p>北海道医療大学教授 向谷地 生良 氏</p>

(1) 内容

① 企画趣旨

東京を会場に選定したのは、①大都市であること、②医療観察法の事件数が多いこと、③障害福祉サービス事業者が多いことなどが主な理由である。シンポジウムを周知した範囲は、東京都のほか近県である千葉・埼玉・神奈川県内の保護観察所や精神保健福祉団体、精神保健福祉士協会等に依頼し、障害福祉サービス事業者の目に留まるよう配慮した。

東京都及び近県の医療観察法の事件数は全国の3割近くを占めており、医療観察制度の処遇に携わっている障害福祉サービス事業者も多い反面、全く関与しようとならない障害福祉サービス事業者も少なくないのが現状である。このシンポジウムによって、障害福祉サービス事業者の参画を促進するとともに、処遇に携わっている中で生じる疑問や誤解などの共有を目的に開催した。

② 講演

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の田代室長補佐に講演を依頼した。「医療観察制度における厚生労働省の取組」のテーマで、医療観察法の施行状況や診療報酬、障害福祉サービス報酬、障害者総合福祉推進事業について説明があった。

③ シンポジウム

シンポジストは、各所属機関において積極的に取り組んでいる中堅以上の方々を選定し、各々の所属機関の概要や支援状況などの実践報告を依頼した。

東京保護観察所野村社会復帰調整官には、障害福祉サービス事業者との連携状況だけでなく、処遇未経験の参加者にも理解しやすいように医療観察制度の概要説明を含めて報告して頂いた。

自立支援施設夢の実ハウス関口施設長は、医療観察法施行以前から触法精神障害者を積極的に支援し、医療観察法の対象者に対する支援も高いモチベーションを維持している。対象者の過去にとらわれること、リスクは誰にでもあること、ともに考えるということ、連携することとはなどの支援者（地域）の役割についての報告であった。

東京足立病院守屋精神保健福祉士からは、指定通院医療機関の指定を受け、対象者を受け入れて行った過程での病院職員の拒否的な反応や葛藤があった。他人事で誤解や偏見のあった院内の空気をどのように改善したのか関心を持ち、知識の重要性についての報告であった。

川口市障害者相談支援センターひなぎく岡崎相談支援専門員からは、相談支援センターの業務内容の報告後、事例を通じた処遇の現状や課題について報告があった。医療観察制度によって業務内容が変わるわけではなく、従来からの市役所や他の事業所との連携が重要であることや、処遇期間中に対象者が相談することにメリットを感じられないと終了後の関与が難しいことが報告された。

④ 指定発言

北海道医療大学の向谷地教授はシンポジウムを、①対象行為に至る環境アセスメントの重要性、②当たり前の医療と支援の重要性、③地域における連携、④処遇終了後の支援、⑤当事者が苦労の主人公になるの4点にまとめた。また、入院処遇のプログラムと地域支援の連携を通して地域精神保健福祉全体の底上げになること、当事者研究の有用性についても言及された。

(2) 所 感

障害福祉サービス事業者の参画を促進するには、医療観察法対象者を特別視せずに他の利用者と同様に参与しているとの実践報告が、誤解や偏見等を軽減するためには有効な普及啓発だと考えられる。保護観察所は、医療観察法成立後から都道府県や保健所単位等での普及啓発活動を実施するだけでなく、依頼に応じて障害福祉サービス事業者等に個別の説明会を実施している。しかし、依然として医療観察制度を知る機会がないという声が多い現状である。おそらく精神保健福祉関係機関にとって馴染みのない保護観察所による普及啓発では、障害福祉サービス事業者にとって目に留まりにくく、普及啓発の効果が乏しいと思われるので、従来から精神保健福祉を担ってきた厚生労働省や精神保健福祉センター、保健所等の機関が実施することで障害福祉サービス事業者の関心を得やすく、また、参加を促進しやすいと思われる。

今回のシンポジウムにおいても「連携」が多く取り上げられ、アンケートにおいても多くの指摘があった。関係機関相互間の連携については、医療観察法によって初めて規定されたわけではなく、精神保健福祉の分野では旧来から認識されていたことであるし、精神保健福祉法等においても規定されている。医療観察制度において連携が取り上げられることは、当たり前の連携ができていなかったことが露呈したものである。医療観察制度においては、保護観察所が関係機関に加わり、処遇の実施計画の作成・見直しの協議をし、ケア会議を開催することで関係機関相互間の連携確保を図っている。連携とは、各自が所属機関の役割や機能を踏まえ、他機関の役割を認識・尊重し、自身が日頃の連絡調整を実施することとすれば特別困難なことではない。医療観察制度によって、なおざりになっていた連携を再認識する機会になれば、医療観察法附則第3条の精神医療等の水準の向上につながるものと感じている。

4. 花巻病院見学及びワークショップ

【開催日時】 2018年10月12日（金曜日）10時～16時30分

【会場】 花巻病院

【参加者】 事業協力者8人、事業担当者4名、事務補助員1名、病院スタッフ7名

【概要】

1	八木院長挨拶
2	医療観察法病棟（みずき病棟）視察
3	当事者研究視察 対象者4名が参加した当事者研究を全員で見学 ファシリテーター：主任心理療法士 山村 卓 氏
4	花巻病院医療観察法病棟における当事者研究の実践についての意見交換 ①みずき病棟についての説明（プログラム） 講師：主任心理療法士 山村 卓 氏 ②当事者研究の発表に関して担当スタッフとの間で質疑応答
5	ワークショップ（4グループに分かれる） 司会・進行 北海道医療大学：向谷地 生良 氏 ①グループ 事業協力者2名（PSW 会社役員）、新納（PHN）、大橋（OT） ②グループ 事業協力者2名（PSW）、高張（PSW）、山村（CP）、土田（PSW） ③グループ 事業協力者2名（PSW）、佐藤（PSW）山本（CP）、阿部（PSW） ④グループ 事業協力者2名（PSW NS）、奥田（PSW）、佐藤（OT）、高橋（CP）
6	全体討議 全体で輪になり一人ずつ感想を述べる

（1）内 容

① 企画趣旨

医療観察法病棟の見学は各地域の指定医療機関で行われているが、今回の事業では医療観察法病棟を知るだけでなく、そこに入院している対象者についての理解を深めることがより重要だと考えた。そこで医療観察法対象者の当事者研究を行っており、その見学が可能な指定入院医療機関である花巻病院を選定した。また、見学だけでなく、その体験を通しての感想や思いを参加者と共有することで医療観察法、医療観察法対象者についての認識を深めることを目的として、見学後花巻病院でワークショップを開催した。さらにワークショップには医療観察法病棟のスタッフにも参加してもらうことで、入院治療に関わるスタッフと地域で受け入れる側のスタッフとの率直な思いや考えについての意見交換の場となるように設定した。

② 花巻病院医療観察法病棟（みずき病棟）における当事者研究の実践

みずき病棟で行われている様々なプログラムの目的と概要、当事者研究を開始するに至った経緯について山村CPより説明があった。当事者研究は対象者にとって①自分の言葉で、自由に語

ることができる場、②自分自身の体験を語ることで整理し、新たな意味を見出す場（それによって「病識」が芽生え、対象行為についての自然な振り返りも行われる）、③他のプログラムで学習し消化されたものが、本人の言葉として表現される場（対象者自身にとっては、他のプログラムでの学習の成果を自分なりに統合する場。スタッフにとっては、プログラムで学んだことがどのように取り入れられているかを評価できる場）となっている。つまり、他のプログラムを前提として、当事者研究が活かされていくのだという話だった。

質疑で「なぜ当事者研究を導入したのか」という問いに対して、それまでは対象者の特質から、内省（反省）を促すプログラムが多かったので、本人自身の言葉で本人を語るプログラムが欲しかった中で、当事者研究を知ったとのことだった。

③ ワークショップ

午前中の見学、当事者研究の視察等で「感じたこと」「疑問」「学んだこと」について、グループでディスカッションしながら、自由に模造紙に書いていった。その内容を踏まえ、「今日の発見」をさらに書き加えて、グループごとに発表した。

④ 全体の振り返り

- 自分は今回の体験を通して「不安から安心に変わった」が、職場のスタッフにどのように伝えたらよいか、難しいと思った。
- 医療観察法病棟でのプログラムやクライシスプランなど沢山の準備をした上で地域に移行することを知ることが安心につながると感じた。
- 病棟が明るく開放感がある環境で、様々な職種が関わり、人的にも手厚い配置がなされた中で、丁寧な関わりがあってリカバリーへ繋がるのだと感じた。
- 対象者が、自らの病気を理解し、その症状を理解し、その症状をコントロールしなければならないことを理解していることに驚いた。

(2) 所 感

今回の見学及びワークショップを通して、参加者の医療観察法対象者に対する見方、感じ方の変化が感じられた。それは、医療観察法対象者への不安や恐怖がやわらぎ、それらの解消に近い発言もきかれたこと、さらには、医療観察法対象者に関わる専門職への信頼感が語られたためである。短い時間ではあったが、病院スタッフと事業協力者（地域）がお互いに理解し、そこに仲間意識さえ感じられた。これは想像していた以上、期待していた以上の結果であったと思う。しかし一方で変化が大きかっただけに、この感覚を事業協力者自身、自分の職場に戻って多忙な日々の仕事をしていく中で維持できるのかについて疑問を感じていた。つまり本事業の目的である、「医療観察法対象者に対する差別を解消し、偏見を除去する」ためには、今回のような実際に「見て、体験し、考える」機会を継続して設けることが不可欠であると考えます。

また、今回の事業協力者の学びや思いが、まずは彼らが所属する機関で働く人たちの気持ちを動かし、さらにはその地域の人たちへ伝わっていくことで、時間がかかったとしても、医療観察法対象者を地域の中に受け入れてくれる土壌が醸成されるのではないかと、その可能性が感じられた見学及びワークショップだった。

〔医療観察法病棟見学（スケジュール例）〕

<p>9:40 到着 10:00～10:30 顔合わせ</p>	<p>テーマ「環境を知り、対象者を知り、スタッフを知り！」 病院長挨拶 参加者全員が自己紹介</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・事業担当者、事業協力者到着 ・進行は事業担当者が担当する ・現地実行委員：医療観察法病棟スタッフ（精神保健福祉士、心理士等）
<p>10:30～11:00 病棟見学</p>	<p>医療観察法病棟視察</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・2グループに分け病棟見学
<p>11:00～12:00 プログラム (当事者研究)視察</p>	<p>治療プログラム（当事者研究）に参加見学 →対象者が参加した当事者研究を全員で見学</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・治療プログラムのファシリテーターは医療観察法病棟スタッフ
<p>12:00～13:00 昼食</p>	<p>病院の研修室</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・グループワークの会場設定は、事業担当者が行う
<p>13:00～14:20 意見交換</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・医療観察法病棟で行われている治療・プログラム等の説明 ・医療観察法病棟における治療プログラム（当事者研究）についての意見交換会 →医療観察法病棟で行われている治療や治療プログラムの目的、具体的内容等についての説明 →午前中の当事者研究の発表に関して担当スタッフとの間で質疑応答 	<ul style="list-style-type: none"> ・進行は事業担当者が担当する ・説明は治療プログラムのファシリテーターが行う ・参加スタッフ：医師、精神保健福祉士、心理士、看護師、作業療法士参加
<p>14:20～14:30</p>	<p>休憩</p>	
<p>14:30～16:00 ワークショップ (資料6参照)</p>	<p>オープン方式の当事者研究（30分） →前半の質疑応答を受け、その人が感じた考えや気持ちを一言「キーワード」として模造紙に記入していき、自分のキーワードを紹介する。</p> <p>わいわいがやがや（40分） →キーワードについてグループごとにわいわいがやがや対話をする。</p> <p>各グループ発表（20分） →わいわいがやがやした内容をグループごとに発表する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・進行は事業担当者が担当する ・4グループに分ける。 ・リーダーは事業担当者が担う。 ・医療観察法病棟の参加可能なスタッフにも入って頂く。 ・精神保健福祉士、心理士、看護師、作業療法士参加 ・グループワークの記録は模造紙を利用し持ち帰る。 (次回ワークショップ資料)
<p>16:00～16:30 全体のまとめ</p>	<p>全体討議 感想 →全体で輪になり一人ずつ感想を述べる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・進行は事業担当者が担当する

5. 札幌ワークショップ

【開催日時】 2018年11月11日（日曜日）13時～16時30分

【会場】 札幌学院大学大通サテライト

【参加者】 事業協力者8人、事業スタッフ8人

地域の福祉事業者の視点から、医療観察法対象者の受け入れを促進するために必要な要素を探し抽出することを目的とし、グループワークを中心とした以下のプログラムを実施した。

(1) ワークショップ1

～ 参加者全員で花巻病院の見学およびワークショップを振り返る ～

簡単に感想を共有したあと、「花巻での体験から一か月経ち意識に変化はありましたか？」と問いかけ、語りを促した。花巻での気づきや学びは個人としてよかったものの、現実の職場に戻ってから捉えなおすと、単に「よかったから共有しましょう」では済まされない様々なギャップを感じるといった意見が相次いだ。代表的な意見は以下の通り。

- 医療観察というだけで殺人等の重大他害行為をしているということが明らかであり、その事実によって、人として抱く当然の怖さというものがある。そうした怖さからか、事件という行為にとらわれてしまい、抵抗感をあらわにするスタッフも少なくない。
- 専門の医療機関である花巻病院でいくら良好な状態であっても、地域では同様の手厚さは望めず、同じようにはやれないのでは？という反応がかえってきた。
- 地域では、何か問題が起きればその事業所の責任を問われることになる。責任者がテレビの画面にずらりとならび陳謝するイメージを思いうかべてしまう。
- 処遇期間中は国の責任と言われても、現実問題として地域住民は制度どおりに認識するわけではない。制度による処遇が終わったあとは、地域で抱えて行かねばならない。危機管理上、リスクのある人は敬遠という雰囲気は根強くある。

(2) 医療観察法対象者の受け入れ経験について（現場からの報告）

事業協力者8人のうち、すでに対象者を受け入れている事業所管理者から報告がある。施設の概要と体制整備状況について説明があり、そのあと、医療観察法対象者に関わることによって生じるジレンマについて語られた。精神保健福祉士としての専門性と、個人として抱く「対象行為に対する道徳性への非難（社会正義、安全優先の考え方）」の間でジレンマに陥るが、可能な限り安全に受け入れていくためには、現受け入れ態勢で感じている社会復帰調整官の十分なサポートが欠かせないとされる。また、制度期間終了後に、同様の支援体制を維持できるか否かについて、心配があることも報告された。対象者の承諾が得られなかったため、支援状況の詳細や対象特性などについては報告が見送られた。

以上の現場からの報告に対する、制度的な補足説明が札幌保護観察所の江口氏からなされ、制度に対する理解を深めた。

(3) ワークショップ2

～ 職場に対する医療観察法対象者を受け入れるためのプログラム内容を考える ～

二つのグループに分かれ、「ワークショップ1」と「現場からの報告」の内容をもとに、受け入れ促進のためのプログラムを検討した。今回は、プログラムに盛り込まれると良いと考えられる内容を検討した。個人が発想したアイデアを付箋紙に記述して提示し、内容が同質のものを括ってカテゴリーを抽出したり、カテゴリー間の関連性を図示したりした。各グループで考案した内容は、模造紙上に整理して各グループから報告し、全体で共有した。代表的な報告内容は以下の通りである。

- 人材とスキルが蓄積されるよう、個別の事業所任せにせず、安定した仕組みを作ることが必要
- 問題が起きた時に速やかに対処しサポートできる事業所の枠を超えたネットワーク体制を整えることなど、事業所単位の自助努力だけに頼らない社会システムが必要
- 対話と協働を促進するような「場」づくりが必要。そこで支援を支える理念が醸成される
- 互いに知り合い安全であることを実感できるような機会が必要

以上のほか、見学する機会を設けることや、ケアの実際に触れる機会を設けることなど、具体的なプログラムに直結する内容もみられた。しかし、全体的には、柱となる意見や、受け入れを促進する要件（何があれば受け入れが促進されるのか）に焦点があたっており、要望や理想に近い内容が提示された。それだけ、地域の関係者は医療観察法対象者を抱えられるほど充分には支えられていないという感覚を持っているようであった。加算がつくことはもちろん大きいですが、経済的価値に変換できない対人的な信頼・安全の手当てをどのようにしていくのかが普及啓発の鍵になると考えられた。

〔ワークショップ（スケジュール例）〕

12:30～	テーマ「見て、体験して、考える！」 受付開始	・医療観察法病棟のグループワークの模造紙を壁に貼る。
13:00～14:00 (資料7参照) ワークショップ1 司会:事業担当者 書記:事業担当者	医療観察法病棟見学およびワークショップ振り返り	・一人ずつ述べてもらう →記録:事業担当者
	内容 ①医療観察法病棟見学から1ヶ月経って自分の意識に変化はあったか。 ②事業協力者が医療観察法病棟でのワークショップのことを実際に職場に伝えたか否か。 ③その際の反応はどうだったか、どのように職場のスタッフと共有したか。	・全員で行う →口頭で発表してもらう。書記が板書する。 →その理由も聞く。 →どのような課題が出てきたか。 →どのようなことがそのスタッフに受け入れられたのか。 →反応がよければ、その理由は何か。なぜ、受け入れられそうだと感じたか。
14:05～14:40 話題提供: 事業協力者 事業担当者	・現在医療観察法対象者の受け入れを始めた事業協力者から、受け入れるまでのプロセス、実際に受け入れて感じる苦労、受け入れ後の業務の変化、加算は受けているのか等について話してもらう。 ・事業担当者が、医療観察法の社会生活支援特別加算について解説する。	・配布資料:医療観察制度に基づく地域処遇
14:40～14:50	休憩	
14:50～16:10 ワークショップ2 (資料8参照) 全体司会・進行: 事業担当者 グループの司会・進行: 事業担当者	「職場に対する医療観察法対象者を受け入れるためのプログラム内容を考える」 ・プログラムに盛り込まれると良いと思われる内容をグループで考える。 ・プログラムの全体像を想像できる人にはそれを発表してもらう。	・2つのグループに分れる ・模造紙、マジック、付箋を準備 ・付箋を配布し、それぞれで記入してもらい、それをまとめていく
16:10～16:30 司会:事業担当者 全体のまとめ	全体で感想	→全体で輪になり一人ずつ感想を述べる

IV. 差別及び偏見に関するアンケート調査

医療観察法対象者に対する支援者の受入姿勢や事業所の体制等の現状と、シンポジウムの内容に対する参加者の評価を把握し、プログラム構築の参考資料とするため、シンポジウムの参加者を対象に自記式無記名の質問紙調査を実施した（調査1）。また、事業協力者8人に関しても、差別及び偏見につながる医療観察法対象者への態度やイメージについて、一連のプログラムへの参加の前後でどのような変化が認められるか検討し、差別・偏見の解消に寄与するプログラムを検討するための基礎資料を得た（調査2）。実施内容および結果は以下の通りである。

1. 調査対象

調査1	シンポジウムの参加者（札幌63人、高知46人、東京48人）
調査2	事業協力者（以下、介入群とする）8人 介入群の所属内訳： 就労系（就労支援事業所等）4人、住居系（グループホーム等）4人

2. 調査方法

使用質問紙の構成	○使用質問紙は、事前調査用と事後調査用の2種とした。事前調査用は、調査1のみならず、調査2でも使用した。 * 使用質問紙のサンプルは資料集を参照
事前調査用質問紙 (A4版 冊子)	○医療観察法対象者に対する個人の認識および職務経験、受け入れ促進に関わる加算制度の知識を問うもので構成した。 ○医療観察法対象者に対する個人の認識を測定するために、「精神障害(者)に対する態度についての測定尺度 ¹⁾ 」に基づいた、医療観察法対象者に対する態度についての測定尺度を含めた（尺度の精査と信頼性については、結果を参照）。
事後調査用質問紙 (A4版 1枚)	○シンポジウムの効果を検討するため、参加直後の主観的な評価について回答を求めた。 ○医療観察法対象者の受け入れに対する回答者自身の積極性、医療観察法対象者への抵抗感低減に対するプログラムの貢献度については順序尺度（5点法）で回答を求め、プログラムに対する具体的な受けとめは主に自由記述回答を求めた。

¹⁾ 東口和代、森河裕子、中川秀昭:精神障害(者)に対する態度についての測定尺度の作成—信頼性と妥当性の検討—, 心と社会 89:110-118, 1997.

3. 実施手順

<p>調査1</p>	<p>○シンポジウム会場の受付において、すべての参加者に自記式無記名の質問紙「事前調査用質問紙」と「事後調査用質問紙」を配布した。配布時に、調査の趣旨について説明し協力を促した。</p> <p>○2種類の質問紙には同じナンバーを付し、回収後に回答者を照合できるようにした。シンポジウム開始前10分程度の時間で、会場全体に対し、調査趣旨の説明とともに事前調査への回答を促し、プログラム開始直前にその場で回収した。</p> <p>○事後調査は、シンポジウムの主要プログラム全体が終了した時点で回答を促し、終了後に出口で回収した。</p>
<p>調査2</p>	<p>○調査2では、事前調査用質問紙のみを用いた。介入群8人は、いずれも、札幌シンポジウムの参加者であり、介入前調査は、調査1と同様の手順で実施した。</p> <p>○ワークショップ等一連の介入が終わった後の調査結果と、事前調査の回答者を照合する必要があるため、介入群8人に限り、参加者名簿に配布した質問紙のナンバーを記録し、介入後の調査においても同一のナンバーを付した質問紙を配布した。</p> <p>○この手順と必要性に関する説明は個々に行い、了承を得た。</p>

4. 調査1の結果

(1) 回答者の傾向について

各シンポジウム開催地において回収率は高く、札幌100%、高知96%、東京100%であった。これにより、参加者は医療観察法対象者の受け入れについて関心が高く、本事業の取り組みに対して協力的であることが理解できる。したがって、本調査は、医療観察法対象者に一定の理解があり、差別偏見が比較的少ない層に対する結果とみてよいだろう。

(2) 医療観察法対象者に対するイメージや態度を測定する尺度について

問1の21項目は「精神障害(者)に対する態度についての測定尺度²⁾」の表現を一部変更するなどして医療観察法対象者に対するイメージを測定できるよう改変したものであり、尺度として成立するか否かを検討するため探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転による)を施した。

スクリープロットを検討した結果2因子構造とするのが妥当と考えられ、因子数を2に設定して探索的因子分析を再試行した。最大の因子負荷量が0.4未満の項目や、各因子に同等の負荷量を持つ(コントラストの不明確な)項目、不適切な項目³⁾を除外し、下表の結果を得た。因子相関が無く、両者は別々の尺度得点として扱うこととした。以下、第1因子を「医療観察法対象者に対するハイリスクイメージ尺度」、第2因子の得点を「医療観察法対象者に対する肯定的態度尺度」と命名した。いずれも信頼性係数は十分な値を示し、内部一貫性が認められるため、各々の尺度に含まれる項目の得点の総和を尺度の得点とする。即ち、医療観察法対象者に対するハイリスクイメージの得点は、質問項目6-16の得点の総和であり、得点が高いほど医療観察法対象者

²⁾ 東口和代、森河裕子、中川秀昭:精神障害(者)に対する態度についての測定尺度の作成—信頼性と妥当性の検討—, 心と社会 89:110-118, 1997.

³⁾ ⑩ 家庭環境が原因の一つである、⑪ 親の育て方に問題がある、⑫ 気を持ちようで回復する可能性がある、⑬ 一般の人と同じように罪を償う権利を与えるべきである の4項目を除外した。

へのハイリスクイメージが強いことを意味している。同様に、医療観察法対象者に対する肯定的態度の得点は、質問項目 1-5 および 20 の得点の総和であり、得点が高いほど医療観察法対象者に対して肯定的な態度を持っていることを意味している。

〔「医療観察法対象者に対する態度についての測定尺度」
21 項目に対する探索的因子分析の結果 (N=155)〕

	第 1 因子 医療観察法対象者に対する ハイリスクイメージ	第 2 因子 医療観察法対象者に対する 肯定的態度
① 隣に住んでもかまわない	-0.073	0.772
② 従業員として雇ってもかまわない	0.014	0.798
③ 施設が地域につくられてもかまわない	-0.017	0.584
④ 友達になってもよい	-0.030	0.679
⑤ 一緒に働いてもかまわない	-0.004	0.781
⑳ 自分の力で回復する可能性がある	0.184	0.442
⑥ 何をするかわからないので怖い	0.727	-0.048
⑦ 病院等の施設に隔離収容されるべきである	0.670	0.054
⑧ 善悪の判断がつけられない	0.797	0.017
⑨ 社会的な規範を守ることができない	0.818	-0.027
⑩ 突然人に乱暴したり傷つけたりする	0.859	-0.022
⑪ 暴れたり、興奮したりしている人が多い	0.788	0.061
⑫ 犯罪を起こしやすい	0.747	-0.028
⑬ 何をするかわからないので危険	0.746	-0.066
⑭ 突然理由もなく、わめき散らす	0.856	0.101
⑮ いつ何をするかわからない	0.867	-0.014
⑯ 行動が理解できない	0.743	0.002
固有値	7.283	3.26
寄与率(%)	42.842	19.179
累積寄与率(%)		62.022
適合度検定: $\chi^2(df)=260.246(103)$ 、 $p=0.000$ 因子相関: -0.136		
各因子の内部一貫性 Cronbach's α	0.945	0.821

(3) 素集計・クロス集計およびスコアの群間比較による分析結果

① 回答者のプロフィール

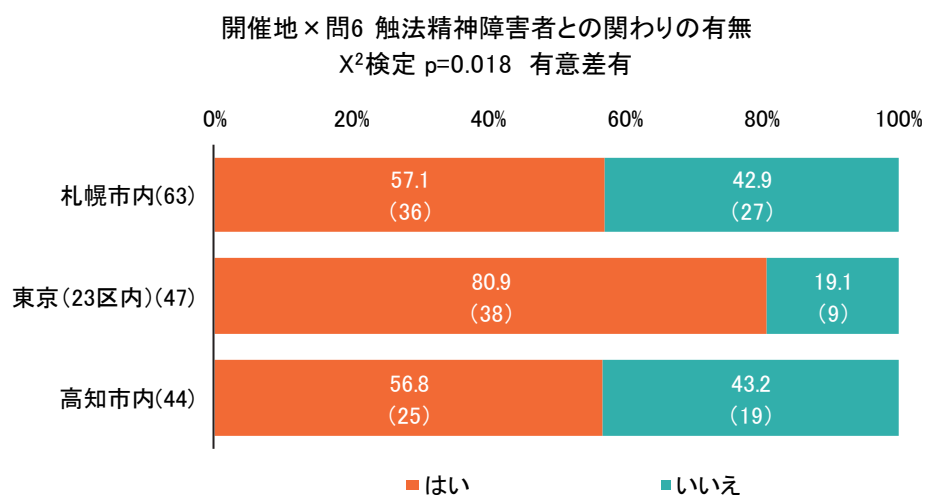
回答者の年齢層は、20歳代から60歳代以上に分布しており、最も多かったのは40歳代の31.6%、次いで30歳代の28.4%、50歳代の20%と続き、30歳代から50歳代で全体の8割を占めた。性別は男性34.8%、女性63.2%と、約1:2の割合で女性が多く、職種は精神保健福祉士が43.2%、社会福祉士が22.6%と、介護福祉士を含めると福祉系が全体の7割を占めた。回答者の中には、無資格者（サービス管理責任者であり専門職の資格を持たない者など）も19.4%（155人中30人）含まれており、うち7人は管理職であった。

所属機関をみると、最も多かったのは公的機関の24.5%、次いで社会福祉法人23.2%、NPO法人16.8%と、営利追求型の事業が展開できない機関に所属する回答者が65%を占めた。提供サービスでは、相談支援がもっとも多く42.6%、次いで、グループホームが27.1%、就労継続支援B型が24.5%、地域活動支援13.5%、自立訓練12.9%、就労移行支援11.0%となっていた（詳細は、巻末の資料集を参照）。

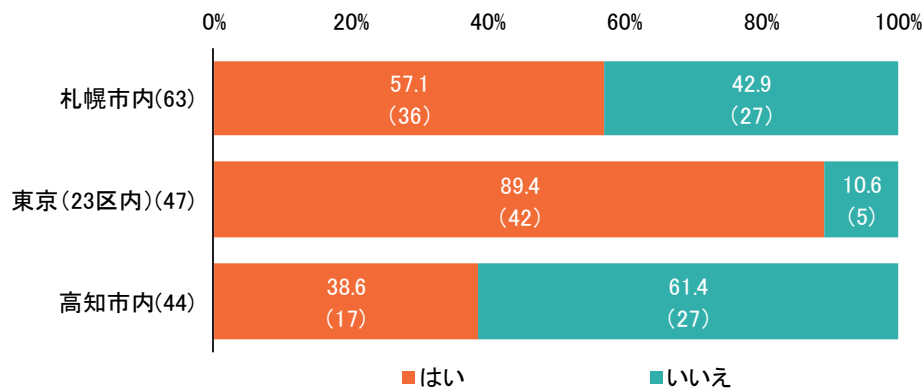
開催地間で有意差が認められたのは資格の有無である（ $\chi^2=13.62$ 、 $p=0.001$ ）。開催地別に有資格者：無資格者の構成比（割合）をみると、札幌50（82%）：11（18%）、高知27（62.8%）：16（37.2%）、東京44（93.6%）：3（6.4%）と、高知の無資格者割合が高く、東京の無資格者割合が非常に低い。この違いが、高知県の質問項目に対する回答傾向に影響を及ぼしていると考えられる。

② 地域差

シンポジウム開催地間で、各質問項目への回答状況の差を検討したところ、いくつか有意差が認められた。触法精神障害者や医療観察法対象者との関わりは、東京が他の開催地よりも多い。医療観察法対象者との関わりに関してみると、高知が他よりも少なくなっている。

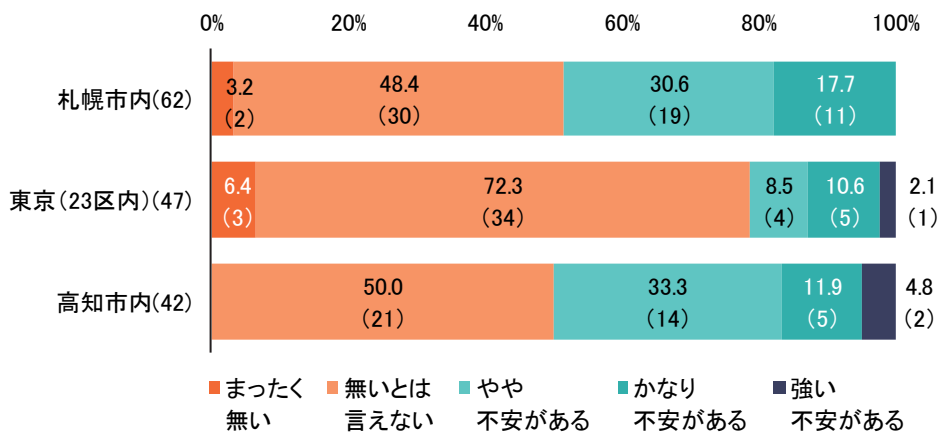


開催地×問7 医療観察法対象者と関わった経験の有無
X²検定 p=0.000 有意差有

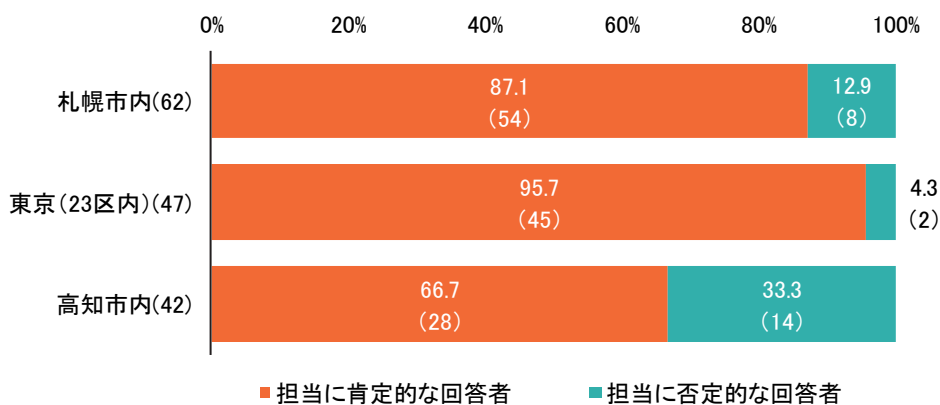


さらに、医療観察法対象者を担当する際の不安度（問2）や、担当することへの自身の心情的反応（問3）についても開催地間の差異を検討したところ、有意差が認められた。これを見ると東京の回答者は、医療観察法対象者を担当する際に、より不安を感じない傾向があると言える。また、医療観察法対象者を担当することへの個人の心情的反応では、高知の回答者が否定的な反応に偏っていると言える。これらの結果には、回答者に占める無資格者の割合が影響しているものと考えられる。

開催地×問2 医療観察法対象者を担当することへの不安度
X²検定 p=0.029 有意差有



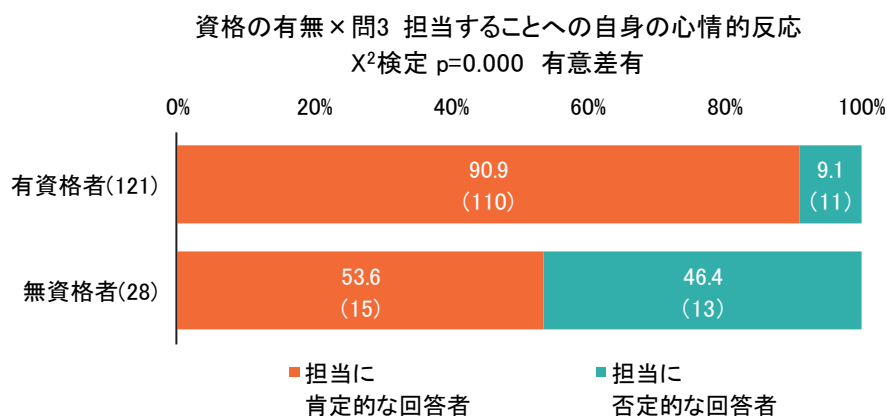
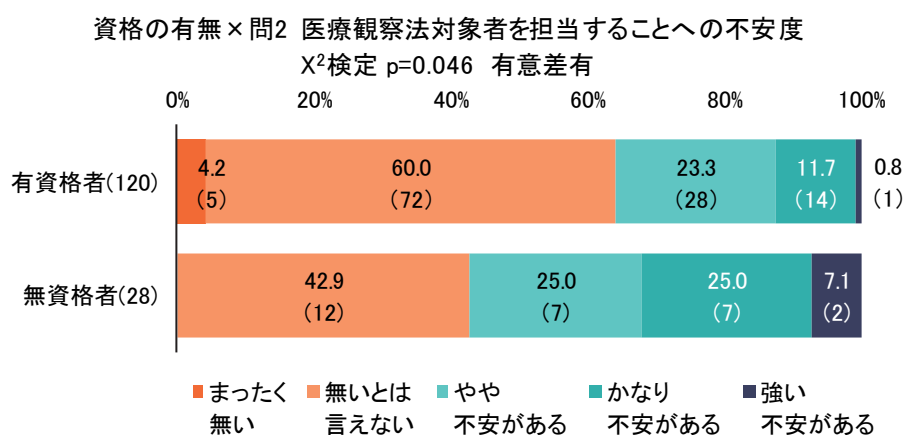
開催地×問3 担当することへの自身の心情的反応
X²検定 p=0.001 有意差有



ここで、素集計データ（資料3参照）問3の心情的反応として否定的な回答（できれば担当したくない・絶対担当したくない）の理由を参照すると、「自身に支援技術や知識がない」が62.5%と、他の理由が多くても17%以内に留まっているのに比して極端に多い。同様に、問4医療観察法対象者の受け入れに対する抵抗の有無においても、抵抗があると回答した理由の約半数を占めるのは「自分にはその専門性がない（あるいは専門職ではない）」「医療観察制度や医療観察法対象者に関する知識がない」である。これにより、専門性や知識の不足があると感じる者は、それが明らかな抵抗感になっている可能性が高いと想定される。

そこで、問2の不安度および問3の心情的反応について、資格の有無による差異を検討した（クロス集計・ χ^2 検定）。その結果をみると、上記の開催地間の有意差と同様の結果が得られている。

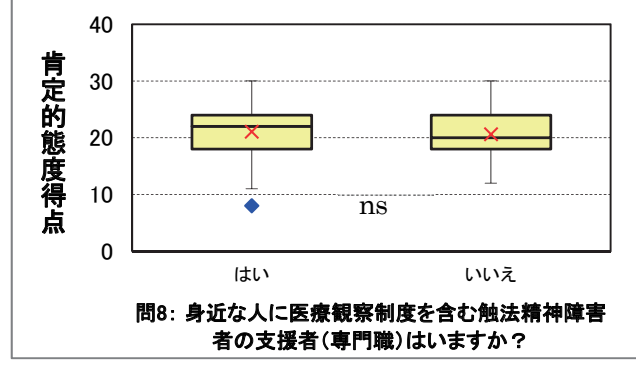
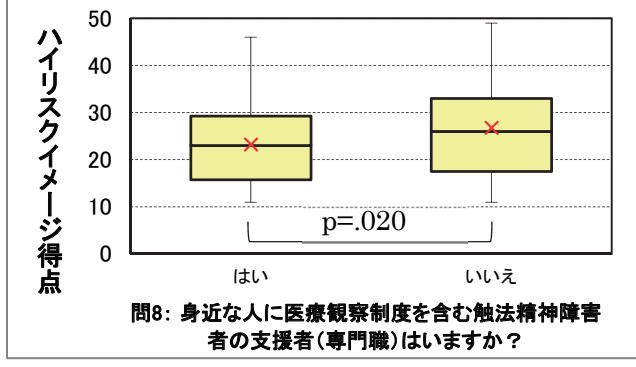
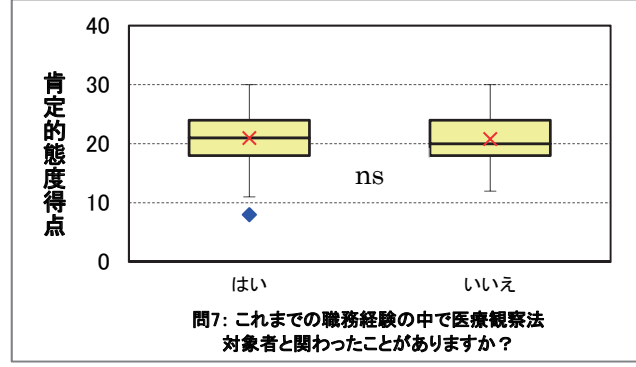
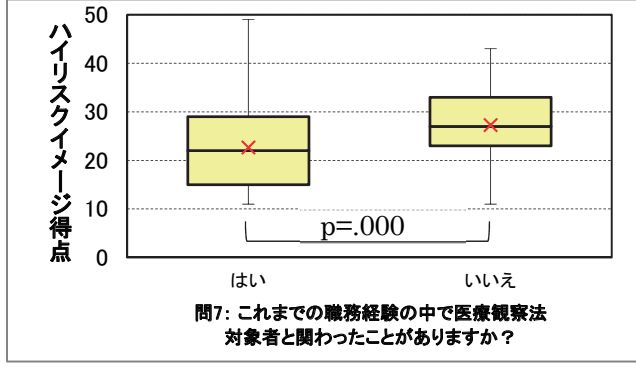
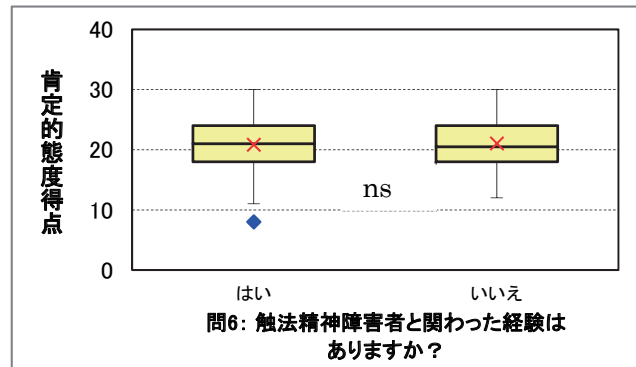
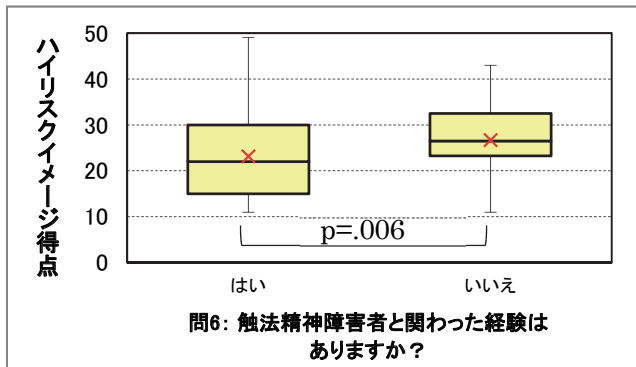
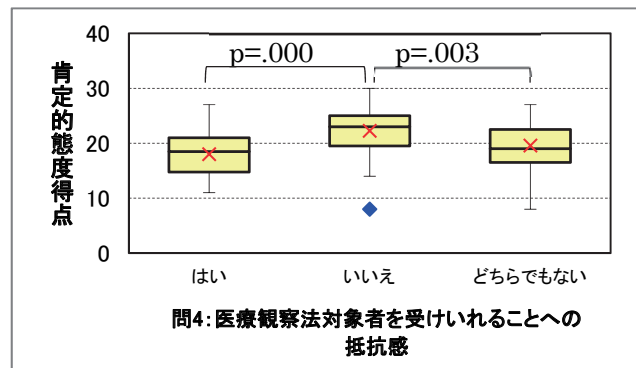
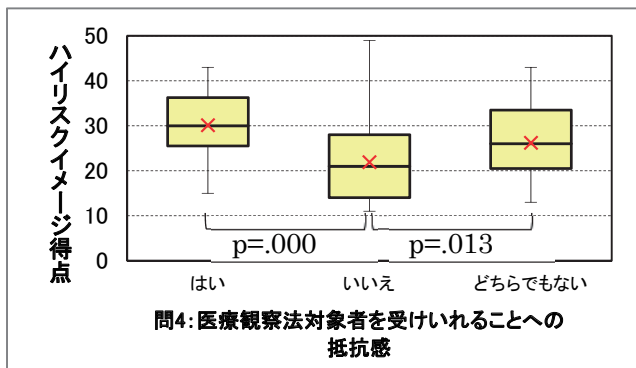
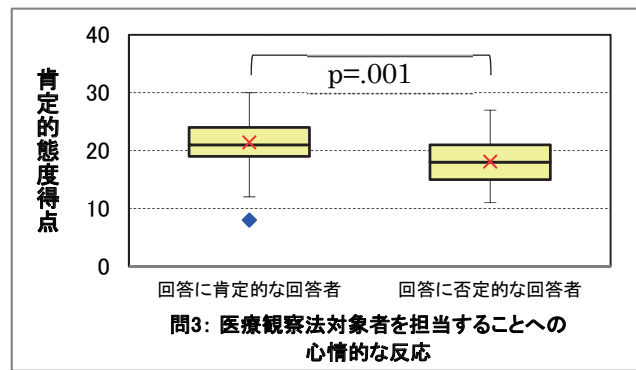
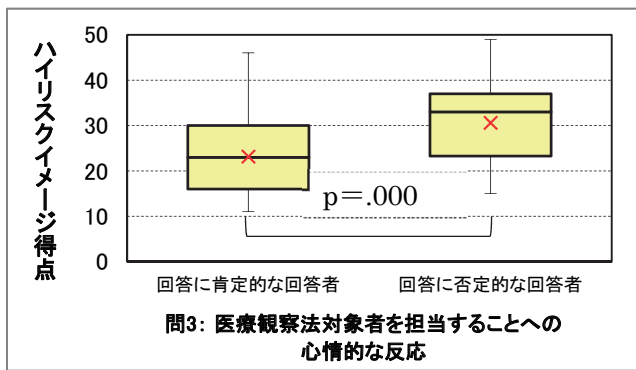
以上の結果を総括すると、回答の地域差の背景は、回答者に含まれる無資格者の影響と結論づけてよいと考えられる。



③ 医療観察法対象者に対して個人が抱くイメージや態度

「医療観察法対象者に対するハイリスクイメージ尺度」の得点を「ハイリスクイメージ得点」、
「医療観察法対象者に対する肯定的態度尺度」の得点を「肯定的態度得点」として個人属性等の群間で比較分析を試みた。次頁は、医療観察法対象者への支援に対する親和性に関する質問項目のうち、回答によって2-3群に分類可能なもののみ抽出し、回答群別に尺度得点の分布を比較した結果である⁴。

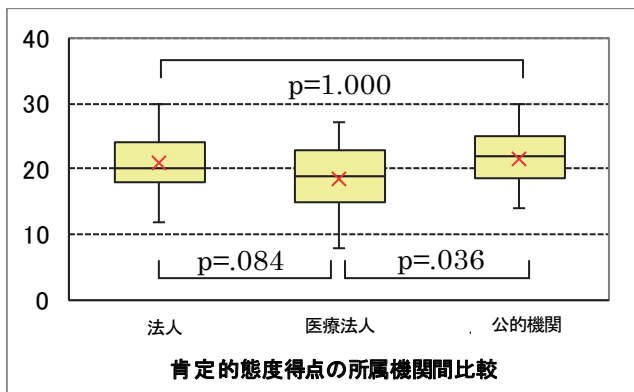
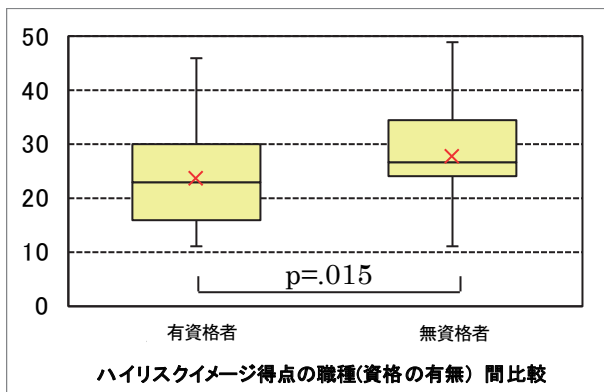
⁴ ハイリスクイメージ得点は Mann-whitney's u-test、肯定的態度得点は t-test を有意水準 5%設定で実施した。3群間の検定はそれぞれ Bonferroni 補正を施した多重比較検定を実施した結果である。



これらの結果をみると、医療観察法対象者への肯定的態度よりは、ハイリスクイメージの方に顕著な差が認められる。個人の心情的な拒否的反応や、受け入れに対する抵抗感は、対象者への肯定的態度の強さよりもハイリスクイメージが強いか否かによって強く影響を受けることがデータから言える。これは重大他害行為の深刻さからいえば妥当な結果と言える。

興味深いのは、問6～問8の回答群間における比較分析の結果である。これらは、ハイリスクイメージの強い対象者（触法精神障害者や医療観察法対象者）との直接的・間接的な接触経験を持つ者が、医療観察法対象者へのハイリスクイメージが有意に低いことを示している。この結果は、抵抗感・拒否感の強い支援者も、触法精神障害者や医療観察法対象者、あるいは、彼らを直接支援する立場の者、精神保健観察を担う社会復帰調整官などと接触を持つことによって、受け入れや直接担当に対する拒否感等を低減できる可能性を示唆している。

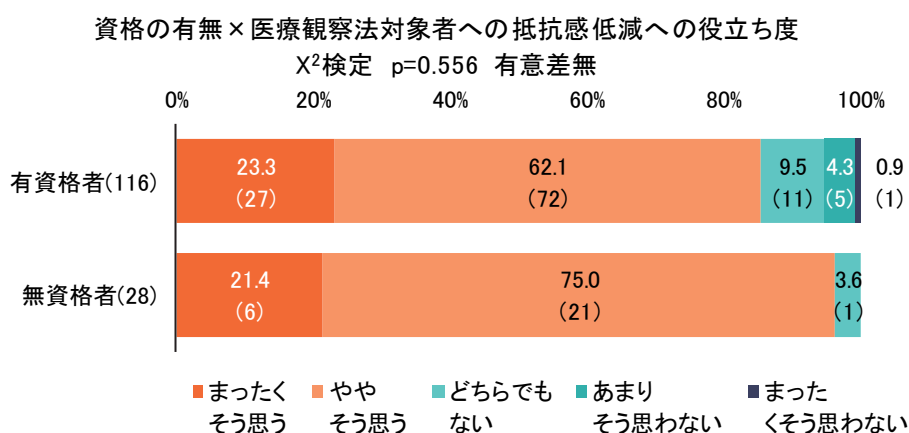
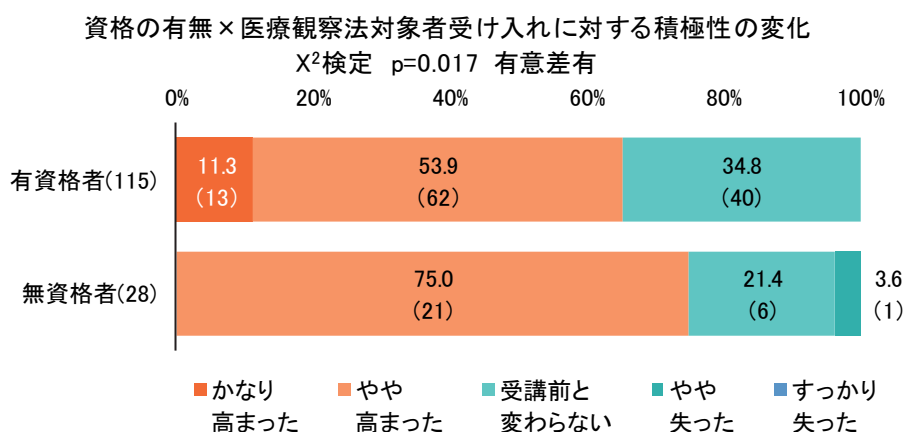
次に、各尺度得点の分布の差を基本属性間で検討した。ハイリスクイメージ得点で有意差が認められたのは資格の有無別の比較で、有資格者（n=119、中央値23、最大値46、最小値11）よりも無資格者（n=30、中央値26.5、最大値49、最小値11）の方が有意に高いハイリスクイメージを持っていた（Mann-Whitney's u-test, $p=.015$ ）。これは、これまでの結果と整合的であり、妥当と言える。肯定的態度得点で有意差が認められたのは、所属機関別の比較であった。法人・医療法人・公的機関の3群間多重比較検定（Bonferroni補正によるt-testを用いた多重比較検定）において、肯定的態度得点が医療法人（n=21、 $\text{mean} \pm \text{sd} = 18.562 \pm 5.428$ ）よりも公的機関で（n=38、 $\text{mean} \pm \text{sd} = 21.66 \pm 3.815$ ）有意に高かった（ $p=.036$ ）。一般の医療法人における触法精神障害者の急性期のイメージが実質的な職員の被害を想定した深刻なハイリスク状態であることと、公的機関に保護観察所が含まれていることを勘案すれば、妥当な結果と言えるだろう。



④ シンポジウムの参加事後評価

シンポジウムプログラム終了直後に実施した事後アンケートの素集計データを見ると（資料3参照）、医療観察法対象者の受け入れに対する積極性の変化は、「やや高まった」が最も多く54.2%、次いで「受講前と変わらない」30.3%、「かなり高まった」9.0%であった。また、シンポジウムが医療観察法対象者への抵抗感低減に役立つと思うかという質問（＝役立ち度）に対しては、「ややそう思う」が60%と最も多く、次いで「まったくそう思う」22.6%、「どちらでもない」7.7%という回答状況であった。

事前調査の分析結果から、有資格者と無資格者でプログラム評価に差が生じていると想定されるため、上記二つの評価項目（積極性の変化・役立ち度）の回答状況と資格の有無でクロス集計し有意差検定を施した。結果、積極性の変化においては有意差が認められ、有資格者の方が積極性が高まる傾向が認められた（ χ^2 検定、 $p=0.017$ ）。役立ち度については、有意差は認められなかったが、有資格者（ $n=116$ ）では抵抗感の低減に役立つと思っていない者（どちらでもない、あまりそう思わない、まったくそう思わないの回答者）が14.7%存在していたのに対し、無資格者（ $n=28$ ）では3.6%（1人）のみであった。有資格者よりも、無資格者のほうが、シンポジウムへの参加が抵抗感の低減に役立つと感じている者の割合が高いという結果となった。



以上の結果からみると、有資格者の方が、知識に触れることによってが積極性の向上に直結しやすいが、無資格者の方は、知識を求め、知識に触れることが抵抗感を低減するために役立つと感じてはいるものの、それが現実的な積極的姿勢に直結しない傾向も持ち合わせていると考えられる。有資格者（専門職）の方が、伝達された知識（情報）を、より現実にてらした状況判断・対処行動のイメージに引き寄せて認識しているとも解釈できる。仮にそうであれば、介入効果を高めるためには、プログラムで伝達する知識を受け手の認識に配慮した内容にしていく必要があるだろう。なお、シンポジウムのプログラム内容の差異を考慮し、参加事後評価と開催地でクロス集計し有意差検定を施したが、積極性と役立ち度のいずれも有意差は認められなかった（ χ^2 検定）。これについては自由記述回答の傾向のところでも再度触れたいと思う。

（４）自由記述回答にみられる現場のニーズとプログラム構築への示唆

① 現場のニーズ：医療観察法対象者を安心して受け入れるための要件

開催地別の受け入れ要件（自由記述回答）（資料４参照）を概観すると、医療観察制度それ自体に対する全否定・批判、社会復帰調整官への期待と批判というレベルから、対象者をあまり構えずに理解することといった寛容なレベルまで、かなりのばらつきがあることが理解できる。医療観察制度のみならず刑事事件に関しても、日本の国内でどのような対応がなされているのか充分知られていないという意見もみられる。全体的に正しい知識が必要であることと、ケースに関する個別具体的な情報開示が必要との意見がみられ、理解が進むことが望まれている。しかし、それだけでは充分ではなく、特定の受け入れ機関だけで抱えないこと（受け入れ機関を孤立させないこと）や、サポート体制が充分であること、地域の関係機関の有機的な連携体制など、状況即応的に対応できるようなネットワーク型の支援体制が望まれている。このような背景には、クライシスプランの共有を含め、危機管理的な支援ニーズがあるものと考えられる。

② プログラム事後評価：医療観察法対象者の受け入れを促進するために有効なプログラム

開催地別の自由記述回答（資料５参照）を概観すると、実際の受け入れ事例や当事者の認識・体験的世界を理解することのできるプログラムは抵抗感を解消するのに有効と感じる参加者が多かったことが理解できる。特に受け入れと支援の実際に関する内容は、支援体制やリスク対応をイメージする上で役立つと考えられ、前項①「医療観察法対象者を安心して受け入れるための要件」の結果とも整合的である。

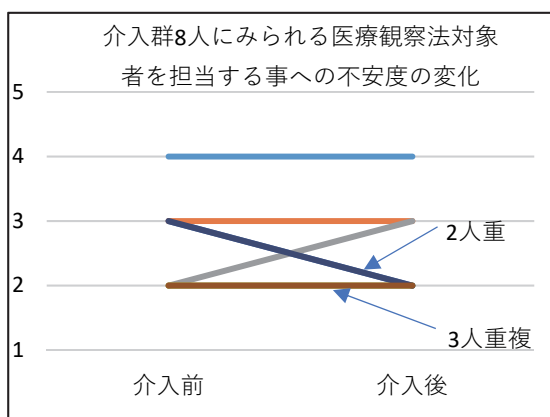
参加者層の差異もやプログラム内容の差異が影響していると考えられるが、札幌と東京では、医療観察制度それ自体への理解を促進できるプログラムを評価する声がある。医療観察制度に関する情報が広く普及しているとは言えない現状や、現場に専門的な教育を受けた有資格者ばかりではない現状をみると、制度自体への理解を促進するプログラムも必要と考えられる。

３つの地域の中で最も医療観察法対象者の受け入れ件数が多い東京の自由記述には、様々なケースを受け入れた経験があるからこそその厳しい意見もみられる。指定入院医療機関における処遇をみても、社会的な健康度の面から捉えると治療成果が充分にあがったとは言えないケースもあるのが現実であり、そうしたケースの受け入れに携わる地域の関係機関をどのようにフォローしていくのか、事例を重ねながら前向きな問題意識を高めていく必要はあるだろう。どのような現象においても事故は避けられないが、重大他害行為エピソードを持つ対象者の受け入れであることが明白である以上、支援者および支援事業所の安全（支援者個人に関しては心理社会的な安全

や健康度のサポートも含め)をどのように考えていくか政策担当者および制度運用者(主に行政)の関心を充分現場に注ぎ、フォロー体制を成熟させていく努力が必要だろう。そうでなければ、本当の意味での受け入れ促進は難しいと考えられる。

5. 調査2の結果

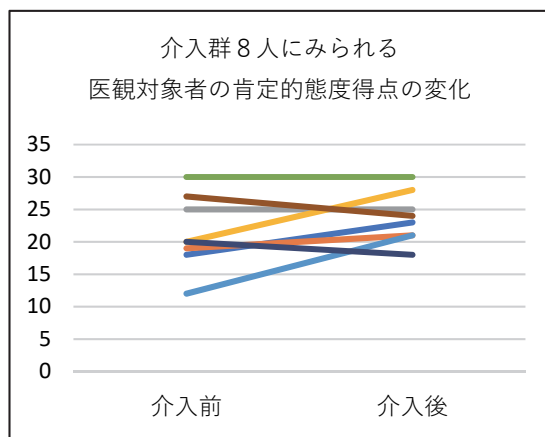
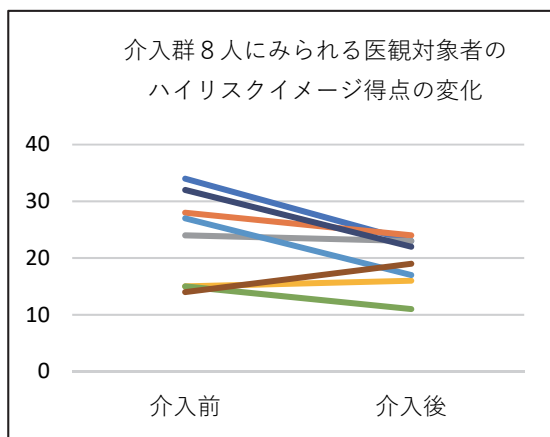
介入群8人について、医療観察法対象者に対する心情的な受け入れの変化を検討した。介入群の特徴は、医療観察法対象者を担当することに対する心情的反応(問3の回答)が、全員「担当してもよい」だったことである。従って、基本的に受け入れに対して前向きな8人だったと言える(このうち、3人は介入後に「担当したい」と回答しているが他は変化がなかった)。



介入前後で明らかな変化が認められたのは、ハイリスクイメージ得点で、全体的には介入後は低下する傾向が認められた。しかし、1ポイント上昇したケースが1件、5ポイント上昇したケースが1件認められた(左下図参照)。医療観察法対象者を担当することに対する不安度は、ほとんどのケースに変化がなく、不安が低減したのは2件、逆に不安が高まったケースが1件認められた(左図参照)。また、医療観察法対象者を受け入れることへの抵抗感に関しては、介入前後とも「2. いいえ(抵抗感はない)」と回答したのが4件と半数、残りの4件のうち、低減傾向を認めたのは2件(「3. どちらでもない」から「2. いいえ(抵抗感はない)」に変化したケースが1件、「1. はい(抵抗感がある)」から「3. どちらでもない」に変化したケースが1件)であった。残る2件に関しては、抵抗感が無くならなかったケースと、抵抗感が無かったにもかかわらず介入後に抵抗感が生じたケースであった。

以上のように、全体傾向としては、概ねプログラム介入に効果があったものと推察されるものの、介入後に、かえってハイリスクイメージや不安度が上昇したり、抵抗感が生じてしまったりしたケースも認められた。これらをケースごとにみていくと、**効果が無かったように見えるケースが一致しているわけではない**ことが見えてくる。個人が特定できない範囲内での回答傾向は、次ページの表によって一覧できる。

以上のように、全体傾向としては、概ねプログラム介入に効果があったものと推察されるものの、介入後に、かえってハイリスクイメージや不安度が上昇したり、抵抗感が生じてしまったりしたケースも認められた。これらをケースごとにみていくと、**効果が無かったように見えるケースが一致しているわけではない**ことが見えてくる。個人が特定できない範囲内での回答傾向は、次ページの表によって一覧できる。



〔介入前後の主な回答内容の変化〕

ID	ハイリスクイメージ得点	担当することへの不安度	受け入れに対する抵抗感	抵抗感の具体的内容	
				介入前	介入後
1	34 → 23	3 → 2	± → -		
2	28 → 24	3 → 3	- → -		
3	24 → 23	2 → 3	- → -		
4	15 → 16	2 → 2	+ → ±	・個人として抵抗はないが管理者としては他従業員皆の思いをとりまとめていくことに不安がある(自信がない)。	
5	27 → 17	4 → 4	+ → +	(無回答)	・嫌なものは嫌だ ・事件・事故が起きそうだ ・医療観察制度や医療観察法対象者に対する知識がない ・利用者が被害に遭いそうだ
6	15 → 11	2 → 2	- → -		
7	32 → 22	3 → 2	- → +	(無回答)	・自分にはその専門性がない ・医療観察制度や医療観察法対象者に対する知識がない ・普通の人まで加害者だと思われる ・職員との100%合意を得られず会社として受け入れを意思決定した場合、職員や利用者を被害から守る義務が発生すると感じるの、その責務を果たせるかどうか?
8	14 → 19	2 → 2	- → -		

注) 表中の矢印の左側は介入前の結果を、右側は介入後の結果を表している。また、ハイリスクイメージ得点と不安度は得点をそのまま表記しており、抵抗感については、「1. はい(抵抗感がある)」を「+」、「2. いいえ(抵抗感はない)」を「-」、「3. どちらでもない」を「±」と表記している。

まず、ハイリスクイメージが上昇した2件のケースのうち、顕著な上昇を認めた1ケース(ID 8)に関しては、不安度には変化がなく「2. 無いとはいえない」のレベル、同様に受け入れに対する抵抗感についても変化がなく「2. いいえ(抵抗感はない)」であった。さらに、担当することに対する心情的反応は、「2. 担当してもよい」から「1. 担当したい」に変化していた。これらを総じて判断すると、この一例は、介入によって現実的な受け止めができるようになり、なおかつ、積極性も増したケースとみられる。

次に、不安度が上昇したケース(ID 3)をみると、ハイリスクイメージ得点は介入後に1ポイント減少、抵抗感は介入前後で変化なく「2. いいえ(抵抗感はない)」と回答している。このケースに関しては、全体的に前後で大きな変化は無かったと評価できる状態である。

さらに、受け入れに対する抵抗感についてみていくと、プログラムによる介入が抵抗感の低減に効果があると単純には言えない状況もみえてくる。特徴的なケースはID 5と7の2例である。まずID 5に関してみると、抵抗感は一貫して変化がない。同様に不安度に関しても5点満点の4点(かなり不安がある)とハイレベルのまま変化がない。しかし、医療観察法対象者へのハイリスクイメージは顕著に低下している。このケースに関しては、医療観察法対象者への肯定

的態度も大きく上昇している（9ポイント上昇：介入前12点→介入後21点）。抵抗感の具体的な内容をみると、介入前は無回答である。しかし、介入後は、個人としての心情的な抵抗感が強いことがうかがえ、同時に、スコア上はハイリスクイメージが低減しているにもかかわらず事故が起きそうだと回答している。全体的にみて、介入によって抵抗感を率直に表出できるようになったケースといえ、今後、時間をかけて接点を持って行くことによって抵抗感が薄らいでいく可能性があるケースと示唆される。効果が無かったというよりは、このようなケースに対して効果をあげていくには、長期的なフォローが必要と言える。

次にID 7についてみると、このケースは、ハイリスクイメージと不安度が低減しているにもかかわらず、介入前には無かった抵抗感が介入後には生じている。抵抗感の具体的な内容をみると、情報に触れ現状を理解することによって、管理的な意味での問題点が認識されたケースと言えるだろう。このように個人の心情的な不安やマイナスイメージが改善されたとしても、社会的な現状や自らが置かれている立場から、厳しい反応にならざるを得ないという現状の一端がみえる結果である。理解ある個人の努力に頼った対策の限界を示唆する結果である。

V. フォーカスグループインタビュー

札幌シンポジウム参加者の中から、地域の障害サービス事業者を8名選定し、今回の事業で計画した医療観察法に関する体験的な学習、医療観察法病棟見学、ワークショップ2回を行った。すべて終了後に7名を集め（事業協力者の1名欠席）、「自分自身の変化について」「自分の変化に対しての周りの反応」についてのフォーカスグループインタビューを実施した。

1. 事業協力者（介入群）

選定要件は、障害サービス事業所の中で就労系4名、住居系4名。今回はこのうち住居系の1名がフォーカスグループインタビューには参加できなかった。それぞれの事業所の中である程度の決定権を有する者とした。また、医療観察法対象者支援の経験が無いあるいは少ない者を選んだ。

事業協力者の概要は下表の通りである。

〔事業協力者〕

No	性別	所属機関	職名等	経験年数	医療観察法対象者支援経験
1	女性	多機能型事業所	看護師	12年	有
2	男性	障害福祉サービス事業所	サービス管理責任者 精神保健福祉士	11年	無
3	女性	共同生活援助 (グループホーム)	管理者 サービス管理責任者	4年	有
4	女性	就労サポートセンター	センター長 精神保健福祉士	7年	無
5	男性	地域生活支援センター	施設長 精神保健福祉士	16年	有
6	女性	共同生活援助 (グループホーム)	サービス管理責任者 精神保健福祉士	11年 5ヶ月	無
7	男性	株式会社 介護、障害者福祉サービス 事業等運営	専務取締役		無
8	女性	相談支援事業所	相談支援専門員 精神保健福祉士	2年	有

2. データ収集方法

事業協力者7名でフォーカスグループインタビューを実施した。インタビュー内容「本事業に参加して、あなた自身変化したか」「変化についての周りの反応」について、休憩を挟んでそれぞれ60分行った。本事業の事業担当者3名がファシリテーターとして参加した。

なお、今回フォーカスグループインタビューを用いたのは、事業で行った体験学習を共有した仲間として話し合うことで、グループダイナミクスが働き、それぞれのより深い考えや認識を引き出すことができると考えたためである。

3. データ分析

インタビュー内容はICレコーダーに記録し、逐語録に起こしてデータとした。その中から「自分自身の変化」として具体的に語られた部分を抽出し、コード化してカテゴリにまとめた。分析は本事業の複数の事業担当者で行った。

〔事業に参加しての自分自身の変化〕

	カテゴリ	コード
意識の変化	アンテナが立った	医療観察制度をより強く意識するようになった。
		医療観察法について意識するようになった。
	学ぶ意欲が高まった	医療観察法について知りたいなと思うようになった。
		実際に見てもっと勉強しようという意欲が高まった。
	職員への伝え方を考えるようになった	自分が理解したことをどう下に下ろしていくのが宿題だと感じた。
		この事業で研修やグループワークがあったから、気づく機会を設けてもらい、学んだことを知ってもらいたい、伝えた方がいいのだと思うようになった。
		理解してもらえなかったので、たくさん学んで伝えたいと思った。
		どう話したら良いのか考えるようになった。
		じわじわ伝えていくことが良い (2)。
		地盤を固めてから持ち出さないと、反発で終わってしまう。
		一方的に伝えるのではなく、グループワークのような方法が良いのだろうと思った。
		キャリア別の伝え方、アプローチの仕方があるのではないか。例えば管理職ならお金の部分、中堅は運営と指導の部分、初任者は今の支援の対象者との接点からとか。
		伝える場合、個人だけでなく外部の資源、一緒に伝えてくれる人がいたら心強い。
		意識的に職員の考えや受け止め方について聞く作業をしていきたい
	職員とこれをテーマに話したいと思った。	
	職員に対しても怖さに関するアンケートをとったり、不安や怖さについてのグループワークをできるような報告会をしてみたいと思った。	
	自分の体験を伝えたいと同時に、周りにはどんな風に考えているのか聞きたいという気持ちへ変化した。例えば、制度についてどんな風に知っているのか、対象のことを知ったらどんな風に気持ちが変わるか知りたいと思うようになった。	
	管理職として怖さをあえて話題にする場面を持たなくてはならないと思った。	
	職員の意識や考えを聞いていかななくてはならないと自分の考えが変わった。	
	自分自身がきちんと向き合うことや管理者として受け入れるために自分の職場で何が必要なのか話していけたらよいと感じた。	
札幌に医療観察法病棟ができることを雑談ではなく、関心を持って丁寧に向き合うようになった。		
自分の変化をまわりに伝えてみて、受け入れることや対象者像について聞いてみたいと思った。		

	カテゴリ	コード	
		職員の考えや受け止め方について時間を作りながら聴いていく作業は意識的に作っていった方がいいと思った。	
		職員と医療観察法をテーマに話したいと思った。	
	対象者を受け入れたい	詳しい話は出ていないが、個人的にはぜひ（対象者を）受け入れたい。	
		深く考えている余裕はないが、やれる部分やいけるのかもしれないと思っている。	
		職場で発言権の大きい自分がどういう角度でどこから切り出すのか、どのように受け入れ態勢ができるのか、学ばなくてはならないと思った。	
		疑似体験をして具体的なことが考えられるようになった。	
	自分自身への気づき	もっと（医療観察法について）学んで、仕事をする上で自分が変わらなくてはならないと思った。	
		周りが見えていない自分に気がついた。	
		医療観察法が自分事になった。	
	行動の変化	積極的に情報収集をするようになった	医療観察法の研修ですごく質問するようになった。
			情報収集や知識を得たいなどと行動が変化した。
		事業での学びを伝えた	事業での体験を直属の管理者に伝えた。
研修での感想を簡単にスタッフに話した。			
花巻病院の見学について話した（2）			
スタッフの思いに真摯に向き合い聴いた		札幌に医療観察法病棟ができることに関心を向けているスタッフに丁寧に向き合うようになり、そのことをどう考えているか聴いた。	
対象者の受け入れについて提案した		この事業に参加したことでそれまではわざわざ関わらないことに「このままじゃいけない」と思って行動を起こした。	
		組織に対して指定通院医療機関になる提案をしてみた。	

4. 結果

事業協力者が今回の事業に参加して、自分自身の変化についてあげた 41 のコードから、10 のカテゴリが抽出された。以下カテゴリを【 】コードを〈 〉で示す。

意識の変化は、【対象者を受け入れたい】【意識的に職員の考えや受け止め方について聴く作業をしていきたい】【職員への伝え方を考えるようになった】【学ぶ意欲が高まった】【アンテナが立った】【自分自身への気づき】の 6 つのカテゴリから構成されている。また、行動の変化は【対象者の受け入れについて提案した】【スタッフの思いに真摯に向き合い、聴いた】【事業での学びを伝えた】【積極的に情報収集するようになった】の 4 つのカテゴリから成る。

次ページの図で示した通り、意識の変化には段階があり、最初はこの事業に参加することで、まずは医療観察法や医療観察法対象者に対して興味が喚起され【アンテナが立った】。事業でシンポジウムに参加し情報を得るだけでなく、実際に花巻病院（指定入院医療機関）の見学やワークショップに参加して【学ぶ意欲が高まり】、自分の学びを自分だけのものとするのではなく、周りの人たちに伝えたいと思い【職員への伝え方を考えるようになった】。さらに伝えるだけではなく同時に【意識的に職員の考えや受け止め方について聴く作業をしていきたい】と考えた。そしてそれが最終的には【対象者を受け入れたい】という気持ちに繋がっていることがわかった。

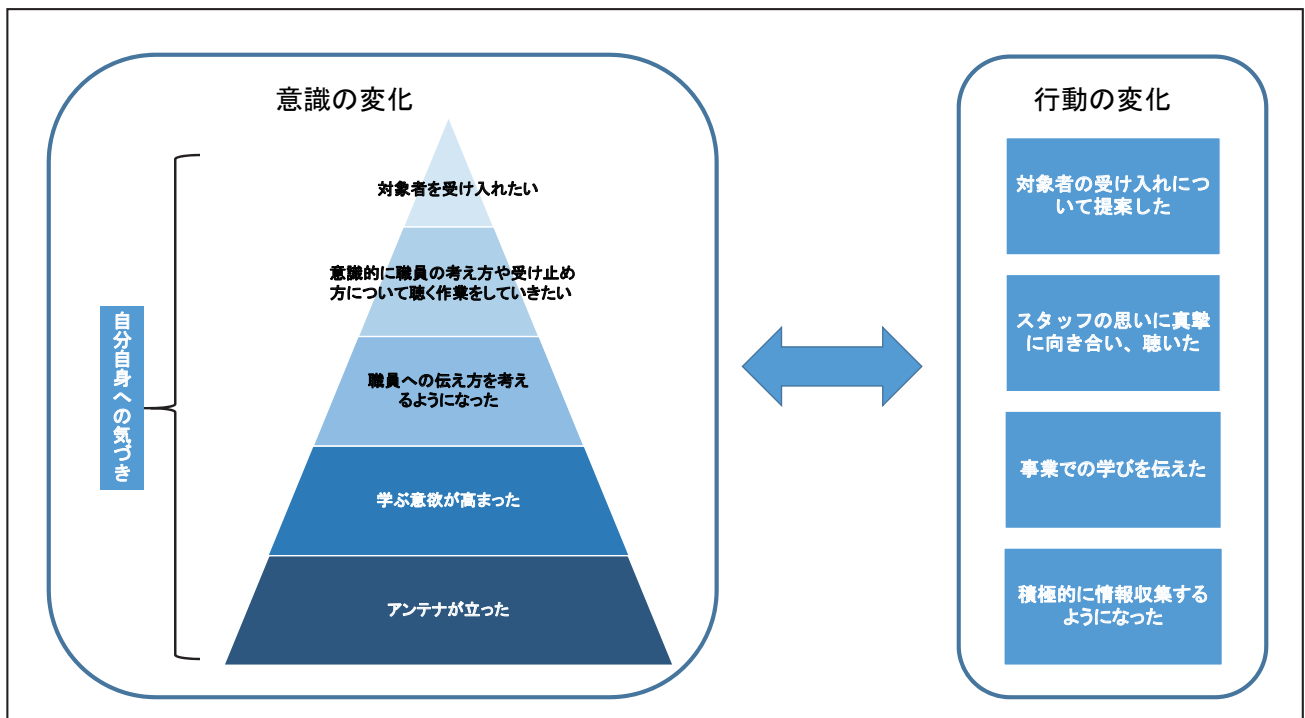
一方事業に参加することでの起こった変化は、事業協力者の意識の中だけではなく、行動にも表れていた。実際に医療観察法についてインターネット等を用いて〈情報収集〉を行い〈研修会

ではすぐ質問する) など【積極的に情報収集するようになった】。また、〈事業での体験を上司に伝え)、〈感想をスタッフに話した)。さらに医療観察法に関する【スタッフの思いに真摯に向き合い聴くことになった】。実際に職場に【対象者の受け入れについて提案した】事業協力者もいた。彼らの変化を見ると、意識の変化に比べて行動の変化は少なかったが、今後意識の変化が行動の変化に繋がっていく可能性は高いのではないかと推測される。

しかし意識の変化が行動の変化を起こすだけではない。行動を起こすことから意識の変化が生じることもある。今回の事業をきっかけとして、所属する〈組織に対して指定通院医療機関になる提案をしてみた〉が、所属機関の人々に〈理解してもらえなかったので、学んで伝えたいと思った〉と意識を新たにした事業協力者がいた。

そしてこの事業を通して、事業協力者は〈仕事をする上で変わらなくてはならない〉と感じたり、職場の人たちの反応を見て〈周りが見えていない自分に気がつく〉など【自分自身への気づき】を得ることになった。

〔事業協力者が事業に参加しての自分自身の変化〕



VI. 考察

今回の事業及び調査結果を踏まえ、医療観察法対象者に対する差別の解消及び偏見の除去に有効と推測される実践的取り組みについて考える。

1. 正しい知識（情報）の提供

シンポジウム参加者に対する質問紙調査のアンケート結果では、医療観察法対象者の受け入れに対する積極性及び医療観察法対象者への抵抗感低減への役立ち度について一定の効果が認められた（p. 29～30）。分析結果をみると、地方（高知）の方が医療観察法対象者と関わっている人の割合が少ないが、これは、医療観察法対象者の発生率の少なさと関連しているのだと推察される。同様に、地方（高知）に有資格者が少ないのも、医療観察法対象者に関わる地域のサービス事業所に有資格者が少ないことを反映した結果ではないかと推察される。

また、有資格者と無資格者で知識に対するニーズが異なることや、知識に触れた後の行為に差が生じる可能性が示唆されることから（p. 29～30）、プログラムは、地域の事業所職員の配置状況と資格の有無を考慮して、実情に合わせた方法をとることが必要であろう。さらに、結果から、抵抗感の解消にはハイリスクイメージの低減が有効と考えられ、事例を用いたプログラムが具体的な理解の促進に有効と考えられた。とりあげる事例としては、実際の受け入れに伴う多機関連携実際や、クライシス時の対応や予防についてとりあげたもの、当事者（医療観察法対象者）の認識・体験的世界を理解することのできるものにニーズがある。こうした、個別具体的な対応のイメージを促進し、身近な問題として医療観察法対象者の受け入れを捉えていくと同時に、リスク対応イメージを持てるような知識提供が肝要である。一方で、医療観察制度に関する情報が広く普及しているとは言えない現状や、現場に専門的教育を受けた有資格者ばかりではない現状があることから、制度自体への理解を促進するプログラムも必要と考えられる。

以上の結果から、地方の無資格者が多い層を対象としたシンポジウムの企画は、普及啓発型のプログラムとし、知識伝達型のプログラムと、個人的な心情的抵抗感を低減するような当事者の体験談に耳を傾けるプログラムを組み合わせるとよいと考えられる。有資格者に対しては、支援者の対応とその背景にある考え方や関係者間の協議の経過等が見えるプログラムを構成することで、より受け入れに向けた行動の促進につながるのではないかと考えられる。

2. 「見て、体験し、考える」場の提供

今回の事業では、事業協力者を8人選定し、医療観察法病棟の見学、そこで行われている治療プログラム（当事者研究）への参加、2回のワークショップを実施した。そしてすべてのプログラム終了後に事業協力者によるフォーカスグループインタビューを行った。その結果から、今回のプログラムを通して、事業協力者の意識と行動になんらかの変化があったことが明らかとなった（p. 35～37）。

この変化は事業協力者が「見たこと」や「感じたこと」を個人の中だけで消化するのではなく、同じ体験をしたもの同士で共有したことで、引き起こされたのではないかと考えられる。自分の中にある「怖さ」や「不安」といったマイナスな感情についても、率直に語り合える、参加者にとって安心の場を共有することで、信頼関係が構築され、それが医療観察法対象者受け入れに対して、真剣に向き合うことに繋がったのではないかと考えた。また、医療観察法病棟スタッフとの交流は、お互いのギャップ（医療から地域へのハードルに対する意識の違い）はあっても、支

援者として同じ視点を共有していることを知る良い機会となった。

つまり医療観察法病棟の見学に留まらず、対象者との出会いの場を設定し、そこで体験したこと感じたことを共有し、一緒に考える「仲間」づくりを意識したプログラムが、事業協力者の意識や行動を変えていったのではないかと考えられる。

3. 地域における協力者（キーパーソン）の育成

事業協力者の変化で一番コードが多かったカテゴリは「意識的に職員の考えや受け止め方について聞く作業をしていきたい」であった（p. 35～36）。これは、今回事業協力者をお願いするにあたって、それぞれの施設で、ある程度の決定権がある人、あるいは指導的な役割を担い、同僚や部下等のことを考える立場にある人を選んだことが、関係しているのではないかと推測できる。事業協力者は自分の体験や学びを自分だけのことで終わらせようとはしなかった。自分たちが体験し、学んだことを周りの人たちに伝えたいと考え、伝えた場合に周りの人たちがどのように受け止めるかについて高い関心を持っていた。つまり、今後事業協力者からの働きかけによって、彼らの学びや体験は、その周りの人々、同僚や部下、さらには地域の人々に広がっていくことが期待できる。これはまさしく、医療観察法対象者支援のための地域ネットワーク構築のキーパーソン育成に繋がっていくと考えられる。

また、実際に「見て、体験し、考える」プログラムの実施には、人数的な制約がある。特に医療観察法病棟の見学や、そこでの治療プログラムへの参加は、多人数では難しい。そのため、今回のようなプログラムへの参加協力を依頼する場合は、将来その地域で医療観察法対象者に対する意識改革や受け入れを促進するためのキーパーソンとなり得る人を想定することになる。今回の事業のアンケート調査等の結果をみると、多少なりとも医療観察法対象者に理解があり、それぞれの施設・機関において指導的立場にある人が望ましいと考えられる。

4. 継続したフォローアップ

事業協力者がワークショップで行った「職場に対する医療観察法対象者を受け入れるためのプログラム内容を考える」で明らかになったことは、結局、医療観察法対象者を施設で受け入れるため、個人や事業所を地域で支えるシステムがないという現実であった（p18：札幌ワークショップ）。

事業協力者のアンケート調査結果を見ても、医療観察法対象者に対するハイリスクイメージは全体的に下がってはいるが、対象者を担当することの不安度や、受け入れに対する抵抗感が劇的に低減したわけではない（p. 31～33）。さらに結果を詳しくみると、事業協力者一人ひとりの複雑な思いが透けてみえる。例えば、個人的には不安度も抵抗感も低減したが、職場での立場や管理的な問題点を認識することで、逆に受け入れに関しては慎重になったのではないかと推測されるケースもあった。これは、今回のプログラムのような、理解ある協力者（キーパーソン）の育成が必要であることは間違いないが、それと同時に、彼らを支えるシステムの構築が求められているということである。つまり、今後地域で医療観察法対象者を安定的に受け入れていくためには、個人や一事業所に頼るのではなく、お互いに支え合える、地域ネットワークの構築が不可欠であり、その地域ネットワークを維持していくためには、息の長いフォローアップが必要とされる、ということである。また、フォローアップには物理的（場所・予算など）な支援が欠かせない。

Ⅶ. 政策提言

1. 医療観察法対象者の差別を解消し、偏見を除去するための関係機関の取り組み

本事業は、内閣府の障害者政策委員会がまとめた「障害者基本計画（第4次）における「4. 差別の解消、権利擁護の推進及び虐待の防止（2）障害を理由とする差別の解消の推進」において「○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（平成15年法律第110号）の対象者の社会復帰の促進を図るため、医療観察法対象者（以下「法対象者」という。）に対する差別の解消をすすめる。」ことを根拠に予算確保されたものである。

この障害者基本計画（第4次）は、障害者基本法に基づき政府が講ずる障害者のための施策の最も基本的な計画として位置づけられ、都道府県・市町村における福祉計画に影響を与えるものであり、法対象者の社会復帰の促進に関与する関係機関は、本事業を参考にし、法対象者の偏見を除去し、差別を解消させるための取り組みをして頂きたいと考える。

（1）厚生労働省及び法務省における対応

厚生労働省及び法務省は、今回の「平成30年度障害者総合福祉推進事業」の結果を踏まえ、両省協議会において具体的な政策へと反映させるための事業化方法や必要な予算を確保するための方法を検討する。また、関係機関が実施する普及啓発事業の総括責任機関として進捗状況を把握し、効果を検証する。

（2）地方厚生局業務における対応

地方厚生局は、法対象者の地域での受け入れが促進されるように普及啓発事業を実施する。

また、指定入院医療機関、都道府県・市町村が実施する法対象者に対する偏見を除去し、差別を解消するための普及啓発事業に対して指導・助言をする。

（3）指定入院医療機関業務における対応

- ア 指定入院医療機関は、法対象者の地域での受け入れが促進されるように普及啓発事業を実施する。
- イ 指定入院医療機関で開催される会議（CPA会議等）に地域の受け入れ機関を招集して開催する。なお、遠方地域の場合にも対応できる予算を確保する。
- ウ 指定入院医療機関は、都道府県・市町村が行う法対象者の受け入れ促進のための普及啓発事業である地域のキーパーソングループの実施に協力する。

（4）指定入院医療機関がない都道府県における対応

指定入院医療機関がない都道府県では、特別な指定通院医療機関を設けて普及啓発事業を行うことにする。なお、診療報酬等で特別な指定通院医療機関が普及啓発事業を行うための予算を確保する。

(5) 保護観察所業務における対応

保護観察所は、法対象者の地域での受け入れが促進されるように普及啓発事業を実施する。

また、実際に指定入院医療機関において法対象者が入院処遇を受けている場合には、住居確保や就労機会の確保のために指定入院医療機関において地域関係機関と法対象者が面接できるような機会・予算を確保する。なお、遠方地域からの面接もできるようにする。

(6) 医療計画における対応

都道府県・市町村は、地域社会における処遇のガイドラインに基づき法対象者の病状の再発を防止し、再他害行為に至らないように法対象者の身近な地域において指定通院医療機関を確保し、医療観察法に基づく医療が継続できる環境を整えることを医療計画に盛り込む。また、都道府県・市町村は、法対象者の地域での受け入れが促進されるように偏見を除去し、差別を解消させるためのシンポジウムなどを精神科医療機関に対して年1回以上開催し、医療観察制度の普及啓発事業に取り組むことを医療計画に盛り込む。

(7) 福祉計画における対応

都道府県・市町村は、地域社会における処遇のガイドラインに基づき法対象者が望む福祉サービスを斡旋・調整し、指定入院医療機関等からスムーズに地域移行できるような支援をすることを福祉計画に盛り込む。また、都道府県・市町村は、法対象者の地域での受け入れが促進されるように偏見を除去し、差別を解消させるために本事業を参考にして障害福祉サービス機関に対して年1回以上シンポジウム・地域のキーパーソングループを実施することを福祉計画に盛り込む。

(8) 障害者総合支援法に基づく都道府県・市町村における対応

都道府県・市町村は、指定入院医療機関に入院している対象者について障害者総合支援法に基づく地域移行支援を積極的に活用できるようにさせる。なお、指定入院医療機関が遠方である場合には、TV会議システムを対面での支援と位置づけることや指定入院医療機関への相談支援事業所を派遣する機会・予算を確保する。

2. 医療観察法対象者の差別を解消し、偏見を除去するためのその他の取り組み

- ① 法対象者の偏見を除去し、差別が解消されるための普及啓発パンフレット等が必要である。
- ② 法対象者からのニーズやグループホーム、就労系・訓練系事業所の活用実績を公表する。
- ③ 医療観察制度に基づく安心・安全システムの効果を検証し、公表する。

Ⅷ. 成果物（医療観察法対象者に対する差別の解消及び偏見を除去するためのプログラム）

医療観察法対象者の
差別解消と偏見除去の
プログラム



平成31(2019)年3月

厚生労働省
平成30年度障害者総合福祉推進事業

はじめに

平成17年7月15日に、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律(以下「医療観察法」という)が施行されて、早いもので、13年8か月の月日が経過しました。

医療観察法は、対象者に対して適切な医療を継続的に確保することにより、その病状の改善と同様の行為の再発の防止を図り、地域関係機関との連携・協力のもと社会復帰を促進させることを目的としています。

しかし、法の最終目的である社会復帰の促進については、精神障害を有していることに加えて、重大な他害行為を行ったという、言わば二重のハンディキャップを背負った障害者であることから、障害福祉サービス事業者の受け入れが進まず、社会復帰が促進されているとは言えない現状があります。

このたび、北海道医療大学を中心に、関係機関が協力して、厚生労働省の平成30年度障害者総合福祉推進事業において、「医療観察法対象者に対する差別の解消および偏見を除去するためのプログラム作り」に取り組んでまいりました。

その結果、医療観察法対象者の偏見や差別を減らし、地域社会における処遇において障害福祉サービス事業者の参画をより促進するためには、医療観察法の対象者に対する理解を深め、特別な人として捉えず、一般の利用者と同様に、地域のさまざまな機関が連携し、対象者の生活の質の向上や安定に加え、安心できる地域社会の実現を目指した支援のあり方等を具体的に示していくことが重要であると、本事業を通してあらためて考えさせられました。

そこで、本事業において、今後、精神保健福祉センター、保健所、市町村の精神保健福祉行政を担う機関等が中心となって、医療観察法対象者の偏見を除去し、差別が解消され、地域での受け入れが促進されるためのプログラムを展開できるよう、成果物としてのプログラムを作成しました。

このプログラムが、広く活用され、さらに工夫を重ねて、医療観察法の対象者の社会復帰の促進、ひいては、精神障害者全体の地域支援の向上につながる端緒となれば幸いです。

平成31年3月31日

厚生労働省平成30年度障害者総合福祉推進事業

代表 佐藤 園美

目次

1 プログラムの準備と考え方

(1) プログラムの準備

- ① 地域の規模と医療観察法の状況の把握 2
- ② 地域のサービス事業者等の受け入れ状況の把握 2
- ③ 地域の人材についての把握 2

(2) プログラムの考え方

- ① 医療観察法の理解の促進 2
- ② 関係機関の連携 2
- ③ プログラムの継続 2

(3) 地域ネットワークを構築するためのキーパーソンの育成

- ① 地域事情や地域のニーズに応じたキーパーソンの選択 2
- ② フォローアップ 2

2 プログラム

(1) シンポジウム

- ① 参加対象者の選定 3
- ② テーマの設定 3
- ③ 講師とシンポジストの選定 3
- ④ 広報およびアンケート 3
- ⑤ シンポジウム等の継続 3
- ⑥ 仲間を作る 3
- ⑦ 実際の計画 3

(2) 医療観察法病棟の見学、ワークショップ I

- ① テーマの設定 4
- ② スケジュールの設定 4
- ③ 対象者の治療プログラムへの参加 4
- ④ 治療プログラムの特徴 4
- ⑤ 医療観察法病棟でのワークショップの実施 4
- ⑥ その他 4

(3) ワークショップ II

- ① ねらいの設定 5
- ② 回数・開催間隔の設定 5
- ③ 体験型ワークショップ 5

1

プログラムの準備と考え方

プログラムの開始前に、地域の概要と医療観察法の施行状況や医療・福祉の人材、日頃の連携の在り方等について、リサーチしたり検討したりしておくことが大切です。

(1) プログラムの準備

① 地域の規模と医療観察法の施行状況の把握

- 地域の規模は、～大都市、中都市、小都市～ どのくらいですか。
- 医療観察法の申立状況は、年に平均何件くらいありますか。
- 医療観察法病棟や指定通院医療機関の整備や地域分布はどうなっていますか。

② 地域のサービス事業者等の受入れ状況の把握

- 居住系、居場所系(日中活動の場)、就労系など、対象者を受け入れている事業所が、どの地域に、どのくらいありますか。
- 対象者を受け入れる可能性がある事業所が、どの地域に、どのくらいありますか。

③ 地域の人材についての把握

- 医療観察法に関わった経験者は、地域にどのくらいいますか。
- 医療観察法の中では、有資格者(医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、公認心理師・臨床心理士等、社会福祉士、作業療法士等)と、無資格者が、どのような関わり方をしていますか。

(2) プログラムの考え方

① 医療観察法の理解の促進

- 医療観察法を正しく理解することで、抵抗感が減ります。
- 知識を得ることによって、積極性が向上します。

② 関係機関の連携

- 受け入れ機関を孤立させない(受け入れ機関で抱えない)ことが基本です。
- 状況即応的に対応できるネットワーク型の支援体制が必要です。
- クライシスプランの共有を含んで、危機管理的な支援ニーズにも対応できるように役割分担をします。

③ プログラムの継続

- 地域事情に合わせた開催方法を工夫します。
- 単発ではなく、継続し、定期的開催できるようにすることが大切になります。

(3) 地域ネットワークを構築するためのキーパーソンの育成

① 地域事情や地域のニーズに応じたキーパーソンの選択

- 医療観察法や医療観察法の対象者に対して、理解のある人を選びます。
- 居住系、居場所系、就労系の事業者を、バランスよく選びます。
- 事業所の管理者や指導的立場にある(決定権がある)人が望ましいでしょう。
- 有資格者(精神保健福祉士、保健師、看護師、公認心理師・臨床心理士等、作業療法士等)が望ましいでしょう。

② フォローアップ

- 地域やキーパーソンの状況に応じた、フォローアップの方法等についても検討しておきましょう。



2 プログラム

(1) シンポジウム

① 参加対象者の選定

- 誰に、どのようなことを伝えたいのかを考えます。
- 有資格者と無資格者、医療観察法に関わった経験者と未経験者、事業所管理者と非管理者等々、どのような人をターゲットにするのが大事になります。
- 地域の状況に合わせて、対象者を限定したり、広く呼びかけたりしましょう。

② テーマの設定

- 効果を高めるためには、プログラムで伝達する知識を、受け手の認識に配慮した内容にしていかなければなりませんので、テーマの設定を工夫しましょう。
- 実施におけるねらいを設定します。
- 医療観察法に関わった経験がない人には、制度の正しい理解が大切です。

③ 講師とシンポジストの選定

- どこの、誰を呼ぶか、どんな話をしてもらうかを考えておきましょう。
- シンポジウムと連動させたグループワークや、指定発言なども踏まえて、全体の構成を考えましょう。
- 当事者や家族の参加も効果的ですが、どんな内容にするのかは、十分に検討し配慮しましょう。

④ 広報およびアンケート

- 地域の実情や参加対象に合わせて、職能団体や自治体の連絡網等を活用してもらいましょう。
- メールやSNSなどだけでなく、封書やFAX等その地域に応じた通信手段を用いて広報をしましょう。
- 今後のために、アンケートをしましょう。

⑤ シンポジウム等の継続

- 単発でなく、継続的に行うことで、普及啓発等の効果が高まります。

⑥ 仲間を作る

- 差別偏見の低減や、受け入れ事業者の獲得だけでなく、今後の普及啓発等に協力し、支え合える仲間を増やしましょう。

⑦ 実際の計画

- 開催にあたっては、しっかりと計画を立てましょう(表1参照)。

●表1 シンポジウム開催に向けてのスケジュール(案)

3ヶ月前	第1回担当者会議	コアメンバーでの企画の検討を行う
3ヶ月前	会場の確保	交通アクセスと駐車場の有無を確認する
2ヶ月前	第2回担当者会議	担当者および実行委員等の選定、予算確保を検討する
	講師依頼と挨拶	
	担当課や他機関への協力依頼 シンポジストへ依頼	参加対象者の紹介やシンポジストを紹介してもらう 医療観察法対象者等の可否を検討する
2ヶ月前	シンポジストへ依頼文送付	
	第3回担当者会議	チラシの作成、周知方法(郵送・メール・ファックス)検討、 アンケートの作成、内容および懇親会の有無等を検討する
1ヶ月前	案内文送付	懇親会場を予約する
1ヶ月前	シンポジスト打合せ	遠方の人とは電話メール等で打合せを行う
	第4回担当者会議	役割分担を行い、当日までの準備について確認する
2週間前	シンポジウム参加者の締め切り	懇親会の予約、資料印刷、グループ分け
1週間前	最終確認	垂れ幕や名札等の準備、呼称の統一
当日	講師や座長およびシンポジスト打合せ	進行の確認と、講師やシンポジストと打合せを行う
	シンポジウム開催	会場の準備～実施する
	質疑、指定発言、ワークショップ等 懇親会	地域ごとの特徴を生かして、それぞれ行う 挨拶等の依頼
終了後	振返り、シンポジストに礼状等送付	アンケートの集約
1ヶ月以内	支払い、会計締め	決算

厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業 シンポジウム

医療観察法における地域支援を促進するために

日 時 2018年9月2日(日) 午後1時～午後4時30分
会 場 北海道クリスタルセンター ホール
(札幌市北区北7条西6丁目)

平成17年に心神喪失者等の医療観察法が施行されました。当初、不足していた施設医療観察法の整備が促進されるための必要財政支援を講じてきましたが、障害福祉サービス事業者の受入れ施設は十分には普及しないのが現状です。その要因は、経済的な困難やノウハウ不足などが原因であると見られます。今回、各機関で取り組んでいる方々の実践報告をとおし、障害福祉サービス事業者の受入れ促進の検討を深めたいと考えています。

I 講 義：13:00～13:45
精神障がい者の地域支援から、医療観察法の支援を考える
講 師 精神保健福祉士協会 会長

II シンポジウム：14:00～16:45
医療観察法の対象者の支援を通して見えてきたこと
1. シンポジスト報告 14:00～15:20
① ○ ○ 氏(保護観察所)
思惑領域のソーシャルワークの視点から
② ○ ○ 氏(メンタルクリニック)
施設運営と一般市民の協力を獲得して
③ ○ ○ 氏(生活支援施設)
往々にと、そして、支援を支えること
④ ○ ○ 氏(生活支援施設)
対象者にとっての「当たり前」を「多く」に変える

2. 全体討論、質疑応答 15:35～16:30

<申込み> 事務局：北海道医科大学 看護福祉学部 臨床福祉学科
北海道障害者福祉会 117-57
E-mail: jshp@shk.hokuriku-u.ac.jp FAX: 011-829-1400
別紙をメールもしくはファクスにて、9月9日までに申し込みにください。
※出席の可否は参加申込後、お断りさせていただきます。

<問合せ> 事業統括部長 ☎ ○ 事務局員 ○

図1 シンポジウム案内(例)

(2) 医療観察法病棟の見学、ワークショップ I

① テーマの設定

環境を知り、対象者を知り、そしてスタッフを知りましょう。

- どんな医療施設でどのような治療を受けているのか、実際に観て知ることが目的です。
- 対象者の人柄を知ることで、それまで抱えているイメージが変わるかもしれません。
- 対象者に日々向き合い、支援しているスタッフの思いを知ることは、同じ支援者としての心のつながりを作ります。対象者支援が参加者にとって自分事^{じぶんごと}に近づきます。

② スケジュールの設定(表2参照)

- 貴重な機会でも内容も盛りだくさんなので、事前の打ち合わせ、特に医療観察法病棟スタッフとの打ち合わせが重要です。

③ 対象者の治療プログラムへの参加

- どの治療プログラムに参加するかは、それぞれの医療機関の状況やその時の対象者の状態を知る医療観察法病棟スタッフと事前に相談しましょう。

*医療機関によっては難しい場合があります。

④ 治療プログラムの特徴

- 参加した治療プログラムの目的等について知ることを通して、対象者に行われている医療機関の治療の意義、その治療効果について改めて知り考えることができます。

⑤ 医療観察法病棟でのワークショップの実施

- 医療観察法病棟で見たり、体験したり、感じたりしたことをその場で言葉にして表出することは、自分自身の考えを深めます。
- 同じ体験をした人と、感じたこと考えたことを共有することで“仲間”になります。
- 医療観察法病棟スタッフとのワークショップを通して、それぞれの立場や考えを共有することで、お互いの対象者支援を理解することに役立ちます。

⑥ その他(事前学習)

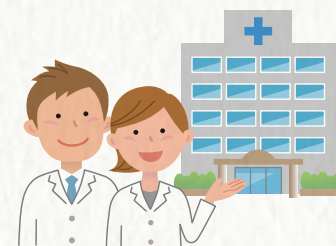
- この見学の参加者の状況(医療観察法に関する知識や経験)によっては、事前に医療観察法や見学施設に関する資料を配布して読んでおくことも必要です。
- 可能ならば、事前に勉強会を開いて、参加者の顔合わせをしておくとさらに良いでしょう。

●表2 医療観察法病棟見学、ワークショップ I(スケジュール例)

9:40 到着 10:00~10:30 顔合わせ	テーマ 「環境を知り、対象者を知り、スタッフを知る」 病院長挨拶 参加者全員が自己紹介	事業担当者、事業協力者到着 進行は事業担当者が担当する 現地実行委員:医療観察法病棟スタッフ (精神保健福祉士、心理士等)
10:30~11:00 病棟見学	医療観察法病棟視察	2グループに分け病棟見学
11:00~12:00 プログラム(当事者 研究)視察	治療プログラム(当事者研究)に参加見学 →対象者が参加した当事者研究を全員で見学	治療プログラムのファシリテーターは医療観察法病棟スタッフ
12:00~13:00 昼食	病棟の研修室	グループワークの会場設定は、事業担当者が行う
13:00~14:20 医療観察法病棟で 行われている治療・ プログラム等の説明 意見交換	医療観察法病棟における治療プログラム (当事者研究)についての意見交流会 →医療観察法病棟で行われている治療や治療プログラムの目的、具体的内容等についての説明 →午前中の当事者研究の発表に関して担当スタッフとの間で質疑応答	進行は事業担当者が担当する 説明は治療プログラムのファシリテーターが行う 参加スタッフ:医師、精神保健福祉士、公認心理師・臨床心理士等、看護師、作業療法士参加
14:20~14:30 休憩	休憩	
14:30~16:00 ワークショップ I (図2参照)	オープン方式の当事者研究(30分) →前半の質疑応答を受け、その人が感じた考えや気持ちを一言「キーワード」として模造紙に記入していき、自分のキーワードを紹介する。 わいわいがやがや(40分) →キーワードについてグループごとにわいわいがやがや対話をする。 各グループ発表(20分) →わいわいがやがやした内容をグループごとに発表する。	・進行は事業担当者が担当する ・4グループに分ける。 ・リーダーは事業担当者が担う。 ・医療観察法病棟の参加可能なスタッフにも入っていただく。 精神保健福祉士、公認心理師・臨床心理士等、看護師、作業療法士参加 ・グループワークの記録は模造紙を利用し持ち帰る。 (次回ワークショップ資料)
16:00~16:30 全体のまとめ	全体討議 感想 →全体で輪になり一人ずつ感想を述べる。	進行は事業担当者が担当する



図2 ワークショップのグラフィックレコード



(3) ワークショップ II

① ねらいの設定

- ねらいは、キーパーソンを育成することです。
- ネットワークが構築された後もフォローアップのために重要です。

② 回数・開催間隔の設定

- 意識の変化は一度の体験等では定着はしないので、定期的に考える機会が必要となります。
- 2~3か月間隔での開催が望ましいと思います。前回の体験、考えが日々の忙しさで失われてしまう前に開催しましょう。
- 地域のネットワークが構築された後も、お互いに助け合う環境を作っていくためのフォローアップとして、ワークショップの定期開催は重要です。

③ 体験型ワークショップ(表3参照)

- 見たり、体験したり、考えたりすることを大切にされたワークショップにしましょう。
- 医療観察法病棟で行うワークショップと同様に、ワークショップでは意見・考えをお互い、率直に述べあう場となるようにしましょう。
- 参加者本人が見て体験したことへの感じ方や考え方、行動の変化について語りましょう。
- 自分の変化と周りの反応について語りましょう。
- 単なる情報交換だけでなく、具体的な考え、意見を共有できる集まりが有効です。
- とにかく、参加者が元気になる内容のワークショップにしましょう。

- * 医療観察法病棟見学等(ワークショップ I)が難しい場合は、ワークショップ IIのみでもよいです。
- * ワークショップは参加する人たちが元気になる、無理なく続けられることが重要です。開催の頻度をきめ、皆さんの地域にあったもの、参加しやすく、企画する人にも負担にならないものがよいと思います。



図3 グループワーク記録

●表3 ワークショップ II(スケジュール例)

12:30~	受付開始	医療観察法病棟のグループワークの模造紙を壁に貼る。
13:00~14:00 課題1 司会:事業担当者 書記:事業担当者	医療観察法病棟見学及びワークショップ I 振り返り 内容 ①医療観察法病棟見学から1ヶ月経って自分の意識に変化はあったか。 ②事業協力者が医療観察法病棟でのワークショップのことを実際に職場に伝えたか否か。 ③その際の反応はどうだったか、どのように職場のスタッフと共有したか。	1人ずつ述べてもらう →記録:事業担当者 全員で行う →口頭で発表してもらう。書記が板書する。 →その理由も聞く。 →どのような課題が出てきたか。 →どのようなことがそのスタッフに受け入れられたのか。 →反応がよければ、その理由は何か。なぜ、受け入れられそうだと感じたか。
14:05~14:40 事業協力者 事業担当者	・事業協力者については、医療観察法対象者を受け入れるまでのプロセス、実際に受け入れて感じる苦労、受け入れ後の業務の変化、加算は受けているのか等について話してもらう。 ・事業担当者には上記の話を受けて、医療観察法について解説してもらう。	配布資料:医療観察制度に基づく地域処遇
14:40~14:50	休憩	
14:50~16:10 課題2(図3参照) 全体司会:進行: 事業担当者 グループの司会:進行: 事業担当者	職場に対する医療観察法対象者を受け入れるためのプログラム内容を考える ・プログラムに盛り込まれると良いと思われる内容をグループで考える。 ・プログラムの全体像を想像できる人にはそれを発表してもらう。	グループワーク 2つのグループに分れる 模造紙、マジック、付箋を準備 付箋を配布し、それぞれで記入してもらい、それをまとめていく
16:10~16:30 司会:事業担当者 全体のまとめ	全体で感想	→全体で輪になり1人ずつ感想を述べる

コラム

グループワークを初めて行う場合は、進行がスムーズに行えるよう工夫しましょう!

- ① ねらいや進め方などを、担当者間で事前に打ち合わせておく。
- ② リーダー、コリーダー、記録等の役割を決める。
- ③ 「話し合ったことは持ち帰らない」、「否定しないで聴き合う」等、ルールを設定しておく。
- ④ 自己紹介から、ゆっくりスタートする。
- ⑤ 緊張をほぐすために、適宜、アイスブレイクを活用する。(方法はインターネットで調べられます)
- ⑥ ねらいやテーマを意識しながら、参加者相互の対話と交流を促すための「仲立ち」をする。
- ⑦ 付箋紙、ホワイトボード、模造紙等のツールを活用して、話し合いの経過を可視化する。
- ⑧ 休憩には、お茶やお菓子等を用意する。



厚生労働省
平成30年度障害者総合福祉推進事業
指定課題35

**医療観察法対象者に対する差別の解消
および
偏見を除去するためのプログラム**

学校法人東日本学園 北海道医療大学
平成31(2019)年 3月

編集・発行 学校法人東日本学園 北海道医療大学

〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢1757

TEL 0133-23-1211

URL http://www.hoku-iryo-u.ac.jp/summary/torikumi/h30_fukushi/index.html

厚生労働省ホームページ <https://www.mhlw.go.jp/index.html>

「平成30年度障害者総合福祉推進事業」に掲載予定

印刷・デザイン・製本 柏楊印刷株式会社

資料集

医療観察法対象者との関わり等についてのアンケート調査

***** アンケートご協力のおねがい *****

このたびは、平成30年度障害者総合福祉推進事業のシンポジウムにご参加いただきありがとうございます。本事業では、医療観察法対象者を幅広い支援機関の皆さまにご理解いただき、受け入れを促進するためのプログラムづくりを目的としております。皆さまの現時点での医療観察法対象者との関わりの有無や受け入れに際してのお考えなど、現場の実情を十分理解した上でのプログラムづくりをするため、アンケートにご協力をお願い致します。

アンケートは自己記入式・無記名で、ご回答内容は、IDによってコード化・数値化して分析致します。個人や機関個々の情報は特定できないよう管理致しますので、ご安心ください。

率直なご回答をお願い申し上げます。

障害者総合福祉推進事業 主管事業所

北海道医療大学 看護福祉学部

ご連絡先：jigyo35@ml.hoku-iryu-u.ac.jp

※選択肢がある設問には、該当する選択肢番号に○をつけてご回答ください。

I. 「医療観察法対象者[※]」に対するイメージ等について

「医療観察法対象者[※]」と聞いたときに、あなた自身が持つイメージを頭に思い浮かべてください。そのイメージを頭に置きながら、以下の問いにご回答ください。

※ 医療観察法対象者は、心神喪失や心神耗弱の状態で重大な被害行為（殺人・傷害・強姦性交等・強制わいせつ・強盗・放火）を犯した精神障害者のうち、再被害行為を防ぐために専門の医療を受けることが必要だと判断された方です。

問1. あなたは、医療観察法対象者をどのように捉えていますか？ もっとも近い回答をひとつ選び、番号に○をつけてください。

	そう思わない	あまり そう思わない	わからない	まあ そう思う	そう思う
① 隣に住んでもかまわない	1	2	3	4	5
② 従業員として雇ってもかまわない	1	2	3	4	5
③ 施設が地域につくられてもかまわない	1	2	3	4	5
④ 友達になってもよい	1	2	3	4	5
⑤ 一緒に働いてもかまわない	1	2	3	4	5
⑥ 何をするかわからないのでこわい	1	2	3	4	5
⑦ 病院等の施設に隔離収容されるべきである	1	2	3	4	5
⑧ 善悪の判断がつけられない	1	2	3	4	5
⑨ 社会的な規範を守ることができない	1	2	3	4	5
⑩ 突然人に乱暴したり傷つけたりする	1	2	3	4	5

	あまり 思わない	あまり 思わない	わからない	まだ 思わない	思う
① 暴れたり、興奮したりしている人が多い	1	2	3	4	5
② 犯罪を起こしやすい	1	2	3	4	5
③ 何をするかわからないので危険	1	2	3	4	5
④ 突然理由もなく、わめき散らす	1	2	3	4	5
⑤ いつ何をするかわからない	1	2	3	4	5
⑥ 行動が理解できない	1	2	3	4	5
⑦ 家庭環境が原因の一つである	1	2	3	4	5
⑧ 親の育て方に問題がある	1	2	3	4	5
⑨ 気もちよんで回復する可能性がある	1	2	3	4	5
⑩ 自分の力で回復する可能性がある	1	2	3	4	5
⑪ 一般の人と同じように罪を償う権利を与えるべきである	1	2	3	4	5

問 2. 医療観察法対象者を担当することに対して、あなた自身が抱く不安の強さを教えてください。

- | | | | | |
|---------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|
| 1. まったく
無い | 2. 無いとは
言えない | 3. やや
不安がある | 4. かなり
不安がある | 5. 強い不安が
ある |
|---------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|

問 3. 医療観察法対象者の担当者を複数の職員の中から決めなければならないとします。あなた自身の心情的反応にもっとも近いのは以下のどれですか？

- | | | | |
|----------|------------|--------------------|-------------------|
| 1. 担当したい | 2. 担当してもよい | 3. できれば
担当したくない | 4. 絶対に
担当したくない |
|----------|------------|--------------------|-------------------|

★「1. 担当したい」「2. 担当してもよい」と回答した方は問 4 へ

★「3. できれば担当したくない」「4. 絶対に担当したくない」と回答した方は問 3-1 へ

問 3-1 問 3 の回答の理由を教えてください。(複数回答可)

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 事件の情報を知りたくない 2. 身内に被害体験者がおり心情的につらい 3. 自分に被害体験がある 4. 加害者を支援することに抵抗がある 5. 加害者と顔見知りになりたくない 6. 被害に遭いそうだ 7. ケア会議やリスクアセスメントなどで時間と手間がかかる 8. 多様な関係機関との連携が面倒だ 9. 関係機関との情報の共有に困難がある 10. 自身に支援技術や知識がない 11. 医療観察法に反対している 12. その他() |
|---|

▼ここからは、すべての方に向かっていきます。

問 4. 医療観察法対象者を受け入れることに抵抗はありますか？

1. はい 2. いいえ 3. どちらでもない

問 4-1 問 4 の回答の理由を教えてください。(複数回答可)

1. なんとなく暗いイメージがつく
2. 嫌なものは嫌だ
3. 事件・事故が起きそう
4. 自分にはその専門性がない(あるいは専門職ではない)
5. 医療観察制度や医療観察法対象者に関する知識がない
6. 日常的に暴力被害に遭いそう
7. 利用者が被害に遭いそう
8. 新規の利用者が来なくなる
9. 所属機関の評判が悪くなる
10. 普通の人まで加害者だと思われる
11. 加害者と顔見知りになる
12. その他()

問 5. 医療観察法対象者を安心して受け入れるためには、何が必要だと思いますか？(自由記載)

II あなたのお仕事上のご経験などについてうかがいます。

問 6. 触法精神障害者と関わった経験はありますか？

1. はい 2. いいえ

問 7. これまでの職務経験の中で、医療観察法対象者と関わったことがありますか？

1. はい 2. いいえ

問 8. あなたの身近な人に、医療観察制度を含む触法精神障害者の支援に携わる人(専門職)はいらっしゃいますか？

1. はい 2. いいえ

問 9. あなたの所属機関では、医療観察法対象者を受け入れていますか？

1. はい	2. いいえ	3. どちらでもない
★問 9-1 へ		★ 問 9-2、問 9-3 へ

問 9-1 あなたの所属機関では、医療観察法対象者を受け入れるにあたり、何等かの配慮をしていますか？

→「1. はい」場合、どのような配慮をしていますか。具体的にお書きください。

1. はい (具体的に: _____)
2. いいえ

★問 9 で「2. いいえ」「3. わからない」と回答した方は、問 9-2、問 9-3 に回答してください。

問 9-2 あなたの所属機関は、医療観察法対象者の受け入れ依頼に応じるといいますか？

1. はい	2. いいえ	3. どちらでもない
-------	--------	------------

問 9-3 あなたの所属機関で医療観察法対象者を受け入れる場合、あなた自身は、何等かの配慮が必要だと思いますか？

→「1. はい」場合、どのような配慮が必要だと思いますか。具体的にお書きください。

1. はい (具体的に: _____)
2. いいえ

▼ここからは、すべての方にうかがいます。

問 10. 医療観察法対象者への居住系サービス提供に対して、一日 670 単位(6,700 円)の加算(地域生活移行個別支援特別加算)があるのを知っていますか？

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 11. 今年度の障害者総合支援法に関わるサービス報酬改定で、医療観察法対象者への就労・訓練系サービスに対し、一日 480 単位(4,800 円)の加算(社会生活支援特別加算)が認められるようになりました。(精神障害者の地域移行推進のため)

あなたは、このことを知っていますか？

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 12. あなたは、上記の問 10、問 11 のような「加算」が必要だと思いますか？

1. はい	2. いいえ
-------	--------

問 13. あなたは、加算があることによって、医療観察法対象者の受け入れが促進されると思いますか？

1. はい	2. いいえ	3. どちらでもない
-------	--------	------------

最後に、ご自身についてご回答ください（該当する番号に○をつけてください）

問 14. 性別

- | | | |
|-------|-------|--------|
| 1. 男性 | 2. 女性 | 3. その他 |
|-------|-------|--------|

問 15. 世代

- | | |
|----------|-----------|
| 1. 10 歳代 | 4. 40 歳代 |
| 2. 20 歳代 | 5. 50 歳代 |
| 3. 30 歳代 | 6. 60 歳以上 |

問 16. 職種(複数回答可)

- | | | |
|------------|----------|--------------|
| 1. 社会福祉士 | 4. 看護師 | 7. 臨床心理技術者 |
| 2. 精神保健福祉士 | 5. 保健師 | 8. サービス管理責任者 |
| 3. 介護福祉士 | 6. 作業療法士 | 9. その他（ ） |

問 17. 職位

- | | |
|------------------|----------------------------|
| 1. 一般職
(非管理職) | 2. 管理職
(どのような立場ですか? →) |
|------------------|----------------------------|

問 18. 雇用形態

- | |
|--|
| 1. 正規職員、あるいは、勤務形態は正規職員とはほぼ同じだが期間の定めがある職員 |
| 2. 非正規職員（労働時間 週 20 時間以上） |
| 3. 非正規職員（労働時間 週 20 時間未満） |

問 19. 所属機関

- | | |
|-----------|-----------|
| 1. 社会福祉法人 | 4. 株式会社 |
| 2. NPO 法人 | 5. その他の法人 |
| 3. 医療法人 | 6. 公的機関 |

問 20. 所属機関*が提供する支援サービス(複数回答可) ※ 法人全体ではない。

- | | |
|--------------------|---------------|
| 1. 相談支援 | 6. 就労継続支援 A 型 |
| 2. 共同生活援助（グループホーム） | 7. 就労継続支援 B 型 |
| 3. 地域活動支援 | 8. 就労定着支援 |
| 4. 就業・生活支援 | 9. 自立訓練 |
| 5. 就労移行支援 | 10. その他（ ） |

質問は以上です

☪ ご協力ありがとうございました ☪

資料2 事後調査「プログラム評価アンケート」質問紙

札幌シンポジウム

プログラム評価アンケート

I. 本日のプログラムのご感想をおきかせください。

以下の二つの設問それぞれに対し、あなたのご感想に最も近い選択肢を一つ選び、番号に○をつけてください。

1. 医療観察法対象者の受け入れに対する、ご自身の積極性に変化はありましたか？

かなり 高まった	やや 高まった	受講前と 変わらない	やや 失った	すっかり 失った
5	4	3	2	1

2. 本日参加されたプログラムは、医療観察法対象者への抵抗感を低減するのに役立つと思いませんか？

まったく そう思う	やや そう思う	どちらでも ない	あまり そう思わない	まったく そう思わない
5	4	3	2	1

II. 本日のプログラムの中で、医療観察対象者の受け入れを促進するのに有効と思われたものはありましたか？ あれば、そのプログラムと、とくに効果があると思われた内容を教えてください。

1. 有効だと思われたプログラムはありましたか？（いずれかに○をつけてください）

1. あった 2. なかった

有効だと思われたプログラムを具体的に教えてください（自由記述）

2. 特に効果があると思われた内容を教えてください（自由記述）

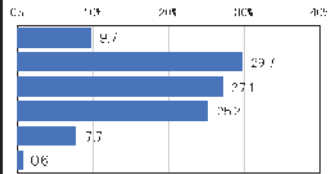
資料3 調査結果1 事前調査・事後調査の集計結果

事前調査「医療観察法対象者とのかかわり等についてのアンケート調査」

問1. あなたは、医療観察法対象者をどのように捉えていますか？

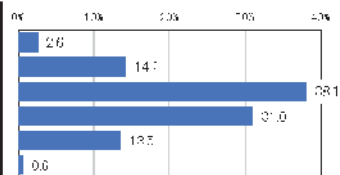
① 隣に住んでもかまわない...(単数回答)

No.	カテゴリ名	n	%
1	そう思わない	15	9.7
2	あまりそう思わない	46	29.7
3	わからない	42	27.1
4	まあそう思う	39	25.2
5	そう思う	12	7.7
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



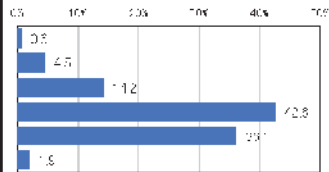
② 従業員として雇ってもかまわない...(単数回答)

No.	カテゴリ名	n	%
1	そう思わない	4	2.6
2	あまりそう思わない	22	14.2
3	わからない	59	38.1
4	まあそう思う	48	31.0
5	そう思う	21	13.5
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



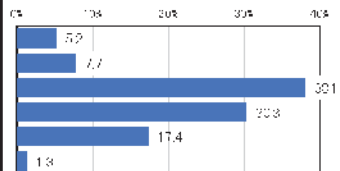
③ 施設が地域につくられてもかまわない...(単数回答)

No.	カテゴリ名	n	%
1	そう思わない	1	0.6
2	あまりそう思わない	7	4.5
3	わからない	22	14.2
4	まあそう思う	66	42.6
5	そう思う	56	36.1
	無回答	3	1.9
	全体	155	100.0



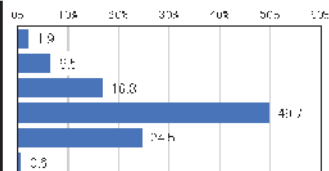
④ 友達になってもよい...(単数回答)

No.	カテゴリ名	n	%
1	そう思わない	8	5.2
2	あまりそう思わない	12	7.7
3	わからない	59	38.1
4	まあそう思う	47	30.3
5	そう思う	27	17.4
	無回答	2	1.3
	全体	155	100.0



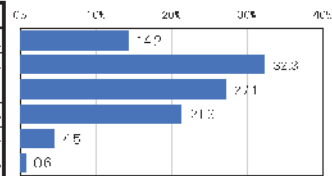
⑤ 一緒に働いてもかまわない...(単数回答)

No.	カテゴリ名	n	%
1	そう思わない	3	1.9
2	あまりそう思わない	10	6.5
3	わからない	26	16.8
4	まあそう思う	77	49.7
5	そう思う	38	24.5
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



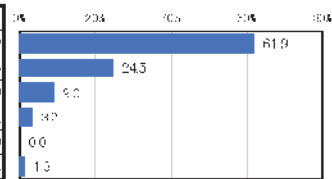
⑥: 何をやるかわからないのでこわい... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	22	14.2
2	あまりそう思わない	50	32.3
3	わからない	42	27.1
4	まあそう思う	33	21.3
5	そう思う	7	4.5
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



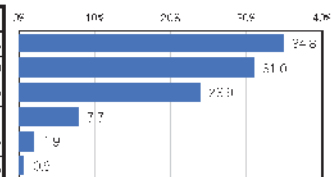
⑦: 病院等の施設に隔離収容されるべきである... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	96	61.9
2	あまりそう思わない	38	24.5
3	わからない	14	9.0
4	まあそう思う	5	3.2
5	そう思う	0	0.0
	無回答	2	1.3
	全体	155	100.0



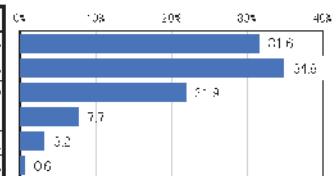
⑧: 善悪の判断がつけられない... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	54	34.8
2	あまりそう思わない	48	31.0
3	わからない	37	23.9
4	まあそう思う	12	7.7
5	そう思う	3	1.9
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



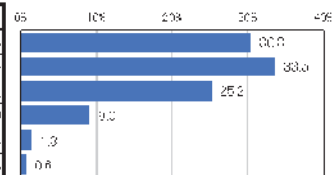
⑨: 社会的な規範を守ることができない... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	49	31.6
2	あまりそう思わない	54	34.8
3	わからない	34	21.9
4	まあそう思う	12	7.7
5	そう思う	5	3.2
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



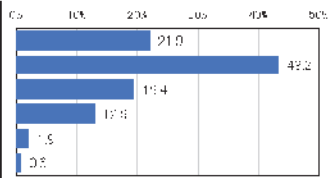
⑩: 突然人に乱暴したり傷つけたりする... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	47	30.3
2	あまりそう思わない	52	33.5
3	わからない	39	25.2
4	まあそう思う	14	9.0
5	そう思う	2	1.3
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



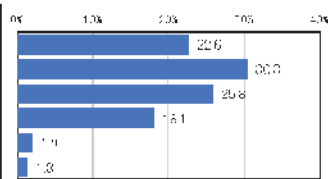
⑪ 暴れたり、興奮したりしている人が多い... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	34	21.9
2	あまりそう思わない	67	43.2
3	わからない	30	19.4
4	まあそう思う	20	12.9
5	そう思う	3	1.9
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



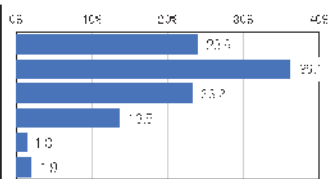
⑫ 犯罪を起こししやすい... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	35	22.6
2	あまりそう思わない	47	30.3
3	わからない	40	25.8
4	まあそう思う	28	18.1
5	そう思う	3	1.9
	無回答	2	1.3
	全体	155	100.0



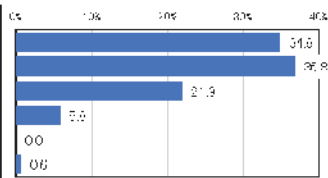
⑬ 何をするかわからないので危険... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	37	23.9
2	あまりそう思わない	56	36.1
3	わからない	36	23.2
4	まあそう思う	21	13.5
5	そう思う	2	1.3
	無回答	3	1.9
	全体	155	100.0



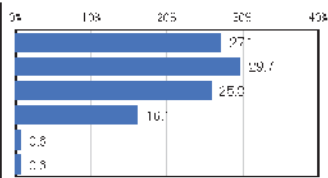
⑭ 突然理由もなく、わめき散らす... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	54	34.8
2	あまりそう思わない	57	36.8
3	わからない	34	21.9
4	まあそう思う	9	5.8
5	そう思う	0	0.0
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



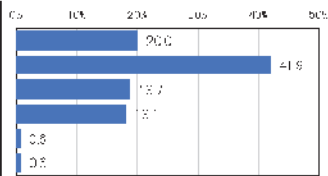
⑮ いつ何をするかわからない... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	42	27.1
2	あまりそう思わない	46	29.7
3	わからない	40	25.8
4	まあそう思う	25	16.1
5	そう思う	1	0.6
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



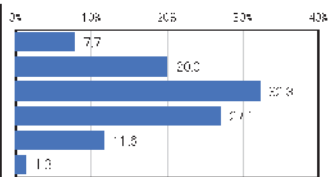
⑩ 行動が理解できない... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	31	20.0
2	あまりそう思わない	65	41.9
3	わからない	29	18.7
4	まあそう思う	28	18.1
5	そう思う	1	0.6
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



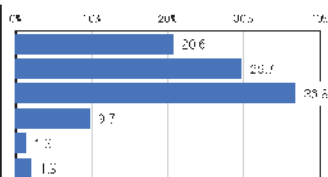
⑪ 家庭環境が原因の一つである... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	12	7.7
2	あまりそう思わない	31	20.0
3	わからない	50	32.3
4	まあそう思う	42	27.1
5	そう思う	18	11.6
	無回答	2	1.3
	全体	155	100.0



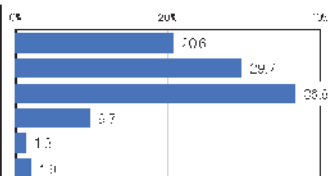
⑫ 親の育て方に問題がある... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	32	20.6
2	あまりそう思わない	46	29.7
3	わからない	57	36.8
4	まあそう思う	15	9.7
5	そう思う	2	1.3
	無回答	3	1.9
	全体	155	100.0



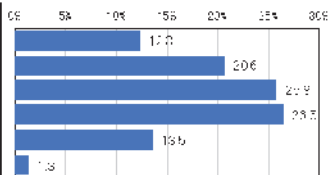
⑬ 気の持ちようで回復する可能性がある... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	44	28.4
2	あまりそう思わない	36	23.2
3	わからない	33	21.3
4	まあそう思う	34	21.9
5	そう思う	7	4.5
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0

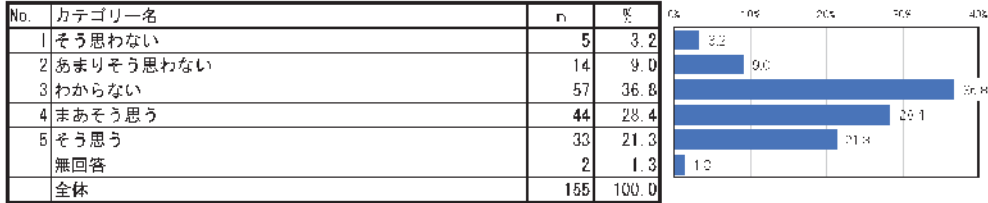


⑭ 自分の方で回復する可能性がある... (単数回答)

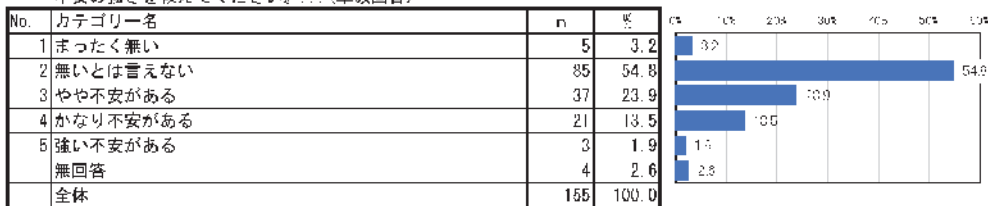
No.	カテゴリー名	n	%
1	そう思わない	19	12.3
2	あまりそう思わない	32	20.6
3	わからない	40	25.8
4	まあそう思う	41	26.5
5	そう思う	21	13.5
	無回答	2	1.3
	全体	155	100.0



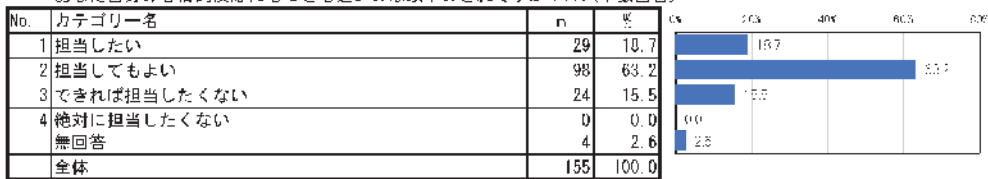
①: 一般の人と同じように罪を償う権利を与えるべきである... (単数回答)



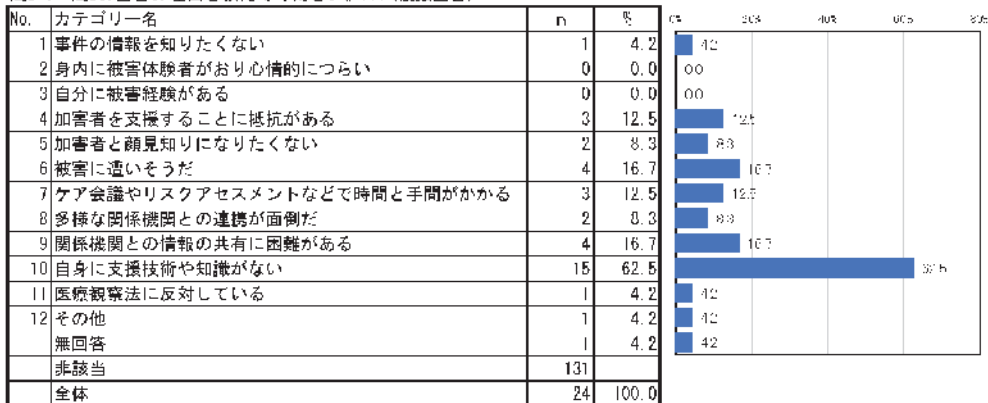
問2. 医療観察法対象者を担当することに対して、あなた自身が抱く不安の強さを教えてください... (単数回答)



問3. 医療観察法対象者の担当者を複数の職員の中から決めなければならないとします。あなた自身の心情的反応にもっとも近いのは以下のどれですか?... (単数回答)

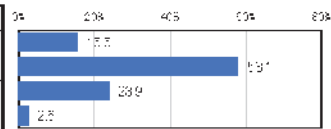


問3-1 問3の回答の理由を教えてください... (複数回答)



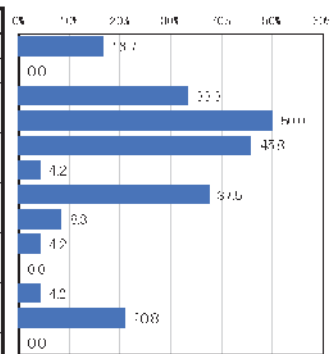
問4. 医療観察法対象者を受け入れることに抵抗はありますか?... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	24	15.5
2	いいえ	90	59.1
3	どちらでもない	37	23.9
	無回答	4	2.6
	全体	155	100.0



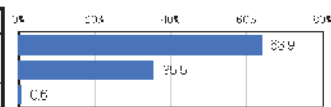
問4-1 問4の回答の理由を教えてください。...(複数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	なんとなく暗いイメージがつく	4	16.7
2	嫌なものは嫌だ	0	0.0
3	事件・事故が起きそう	8	33.3
4	自分にはその専門性がない(あるいは専門職ではない)	12	50.0
5	医療観察制度や医療観察法対象者に関する知識がない	11	45.8
6	日常的に暴力被害に遭いそう	1	4.2
7	利用者が被害に遭いそう	9	37.5
8	新規の利用者が来なくなる	2	8.3
9	所属機関の評判が悪くなる	1	4.2
10	普通の人まで加害者だと思われる	0	0.0
11	加害者と顔見知りになる	1	4.2
12	その他	5	20.8
	無回答	0	0.0
	非該当	131	
	全体	24	100.0



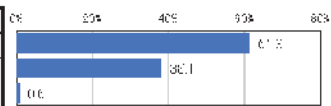
問6. 触法精神障害者と関わった経験はありますか?... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	99	63.9
2	いいえ	55	35.5
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



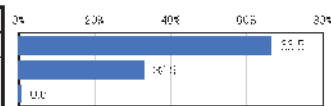
問7. これまでの職務経験の中で、医療観察法対象者と関わったことがありますか?... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	95	61.3
2	いいえ	59	38.1
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



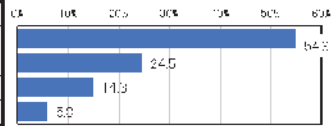
問8. あなたの身近な人に、医療観察制度を含む触法精神障害者の支援に携わる人(専門職)はいらっしゃいますか?... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	103	66.5
2	いいえ	51	32.9
	無回答	1	0.6
	全体	155	100.0



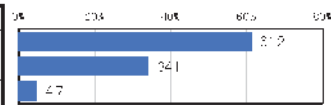
問9 あなたの所属機関では、医療観察法対象者を受け入れていますか？
... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	85	54.8
2	いいえ	38	24.5
3	どちらでもない	23	14.8
	無回答	9	5.8
	全体	155	100.0



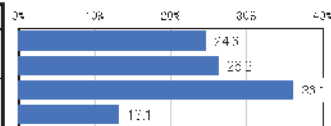
問9-1 あなたの所属機関では、医療観察法対象者を受け入れるにあたり、
何等かの配慮をしていますか？... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	52	61.2
2	いいえ	29	34.1
	無回答	4	4.7
	非該当	70	
	全体	85	100.0



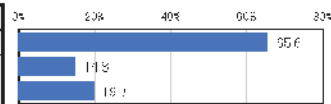
問9-2 あなたの所属機関は、医療観察法対象者の受け入れ依頼に応じると
思いますか？... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	15	24.6
2	いいえ	16	26.2
3	どちらでもない	22	36.1
	無回答	8	13.1
	非該当	94	
	全体	61	100.0



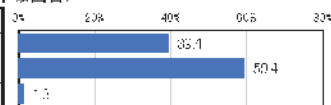
問9-3 あなたの所属機関で医療観察法対象者を受け入れる場合、
あなた自身は、何等かの配慮が必要だと思いませんか？... (単数回答)

No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	40	65.6
2	いいえ	9	14.8
	無回答	12	19.7
	非該当	94	
	全体	61	100.0

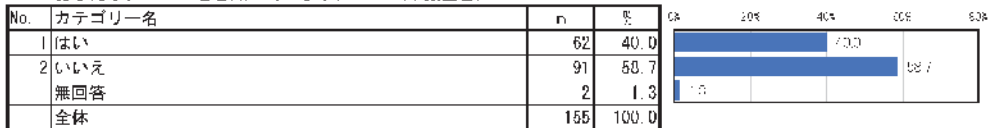


問10 医療観察法対象者への居住系サービス提供に対して、一日670単位（6,700円）
の加算（地域生活移行個別支援特別加算）があるのを知っていますか？... (単数回答)

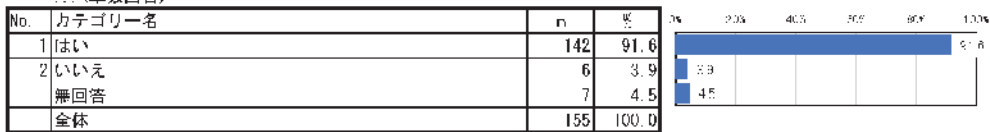
No.	カテゴリー名	n	%
1	はい	61	39.4
2	いいえ	92	59.4
	無回答	2	1.3
	全体	155	100.0



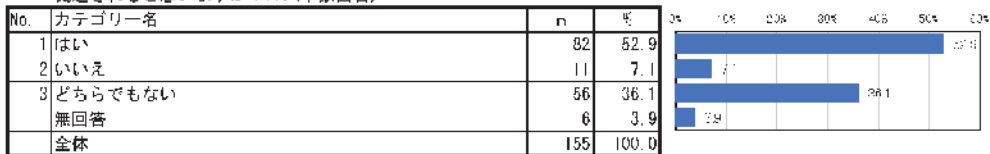
問 11. 今年度の障害者総合支援法に関わるサービス報酬改定で、医療観察法対象者への就労・訓練系サービスに対し、一日480単位（4,800円）の加算（社会生活支援特別加算）が認められるようになりました。（精神障害者の地域移行推進のため）
あなたは、このことを知っていますか？...（単数回答）



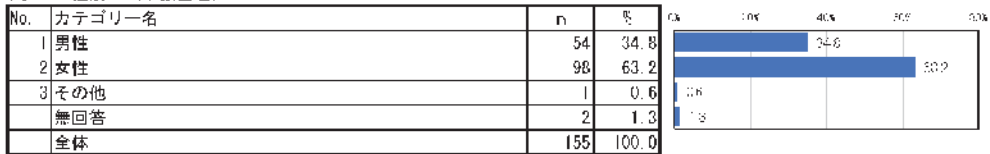
問 12. あなたは、上記の問10、問11 のような「加算」が必要だと思いますか？...（単数回答）



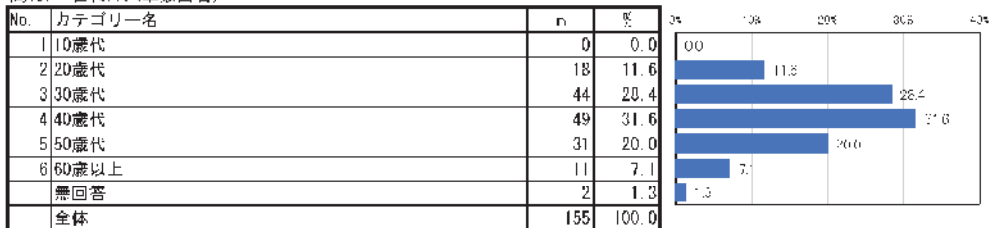
問 13. あなたは、加算があることによって、医療観察法対象者の受け入れが促進されると思いますか？...（単数回答）



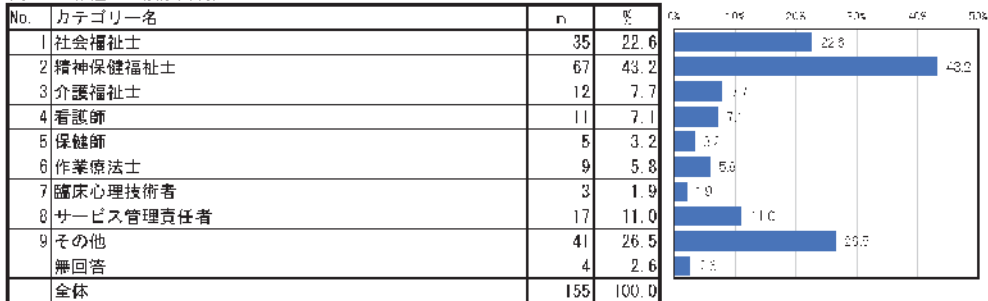
問14. 性別...（単数回答）



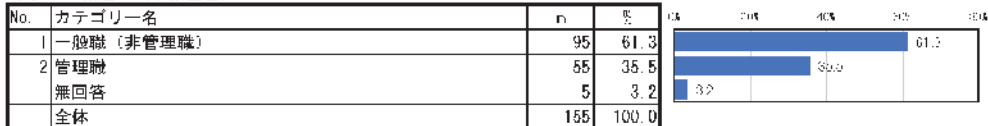
問15. 世代...（単数回答）



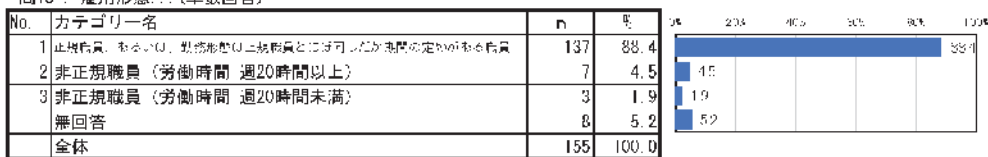
問16. 職種... (複数回答)



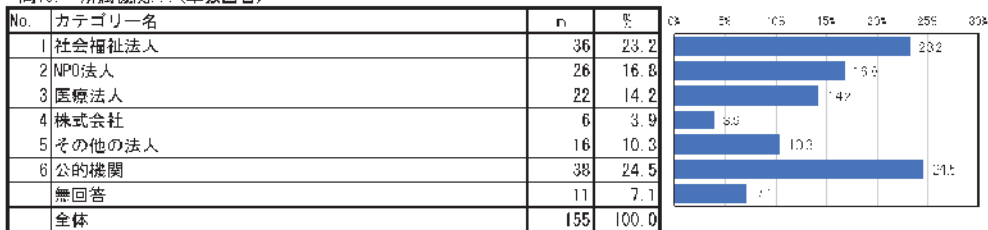
問17. 職位... (単数回答)



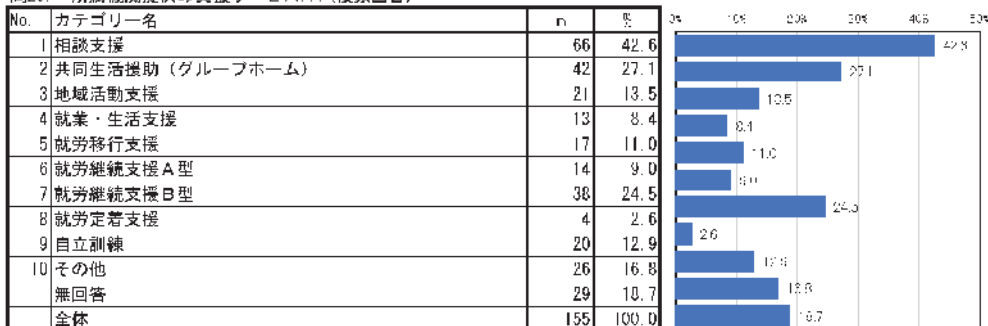
問18. 雇用形態... (単数回答)



問19. 所属機関... (単数回答)



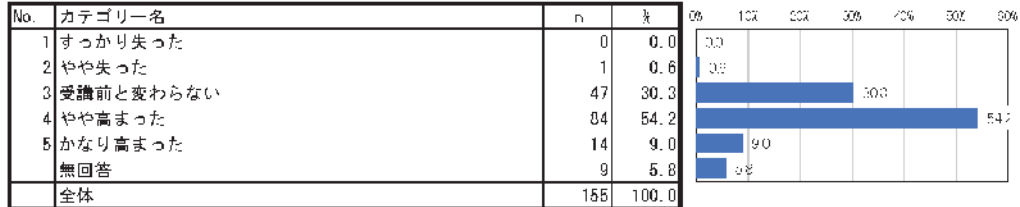
問20. 所属機関提供の支援サービス... (複数回答)



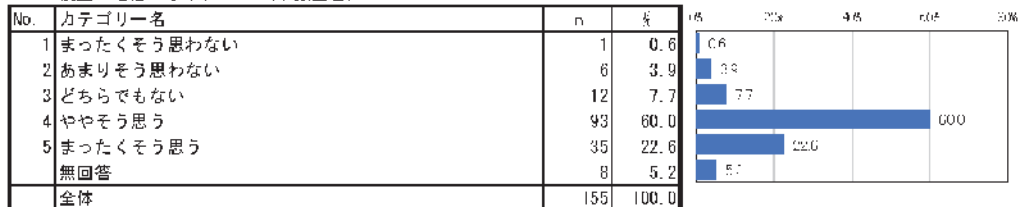
事後調査「プログラム評価アンケート」

I. 本日のプログラムのご感想をおきかせください。

1. 医療観察法対象者の受け入れに対する、ご自身の積極性に変化はありましたか?... (単数回答)

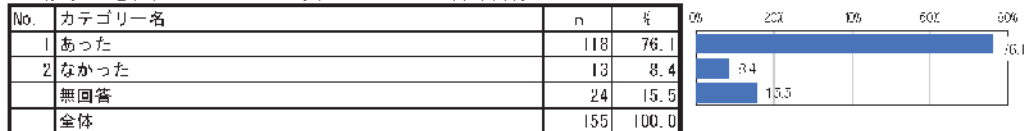


2. 本日参加されたプログラムは、医療観察法対象者への抵抗感を低減するのに役立つと思いますか?... (単数回答)

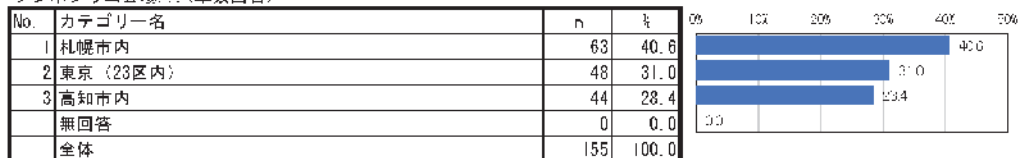


II. 本日のプログラムの中で、医療観察対象者の受け入れを促進するのに有効と思われたものはありましたか? あれば、そのプログラムと、とくに効果があると思われた内容を教えてください。

1. 有効だと思われたプログラムはありましたか?... (単数回答)



シンポジウム会場...(単数回答)



資料4 調査結果2 事前調査 問5の自由記述回答の内容

問5 医療観察法対象者を安心して受け入れるために必要なこと(自由記述回答:ほぼ原文まま)	
札幌	ご本人も周りの人もどちらのサポートもしっかりしていること。
札幌	医療観察法に関する正しい理解と支援方法の理解。一事業所で抱えこまないための、各機関とのつながり。適切な人員が配置できるための予算づけ。
札幌	医療、職場、住居の連携。
札幌	医療観察制度の正しい知識を得ること。1カ所の支援機関に支援の責任や過度な役割が集中しないような分担。互いを認めあえる支援チームづくり。
札幌	医療観察法対象者も含め、犯罪をおかした人に対する処遇について、日本の制度、やり方を一般市民が知らない、わからない、みえにくいところがあると思います。犯罪者のその後の更生や生き方について知る仕組みも必要と考えます。医療観察法対象者についても同様に、治療と、その後の生き方についてわかりやすい仕組みがあるとよい(一般教養としてや、教育の段階で充分に知ることができるとよいが…)。相談支援体制もあるとよい。
札幌	地域で対象者を受け入れようと思うと生活を支える福祉に負担が大きい。最初の何年かは調整官など手厚いが本人の病状、性格など不安定さが続く場合は福祉だけで見守っていくのは難しいように思う。期限付きの制度で安定する人は良いが、不安定さを持ち続ける人へ継続可能にしてほしい。
札幌	地域住民の方々の理解を得ること。全職員への指導、研修等の取り組み。
札幌	対象者に対する理解を広げること。対象者を受け入れ、何か問題があった際の保険になるような法律、又は問題を起こさないための法律や決まり。
札幌	対象者に対する知識。知ることによって見方が変わると思うから。
札幌	対象者の人となりを知り、どのような支援を行いたいかを考えようとする意欲。
札幌	なぜその事象を起こしてしまったのかなどの情報開示を、わずかの関わりであっても対象者と関わる可能性のある全職に対して行う。
札幌	他職種との連携。一人でかかえこまないようなサポート体制。
札幌	治療を進めていくための情報、知識、経験。
札幌	地域(自治体等含む)における精神障害の普及啓発からはじめる。
札幌	個々の環境。
札幌	自身や他者に安全の確保が必要であり、その上の支援が容易ではないかもしれないが、最終的には支援の方向にもっていきたい。
札幌	一般の犯罪者と同じ対応(医療的なものは随時受診していく)。
札幌	知ること。
札幌	情報。
札幌	まだ自分の中では判らない状態です。
札幌	複数の機関での支援。徹底した情報と、受け入れの際何かあった時の処置と対処が徹底されていること。
札幌	周囲の理解と本人の努力。
札幌	あまり詳しくわからないのですが、ハード、ソフト両面における環境整備。
札幌	受け入れる側の環境整備。周りに知識のある人、経験のある人がいていつでもアドバイスをもらえ、助けてもらえる状況であること。

問5 医療観察法対象者を安心して受け入れるために必要なこと(自由記述回答:ほぼ原文まま)

札幌	1つの事業所で支援することは難しいので、色々な領域の様々な人で重層的に関わることが必要だと思います。
札幌	”人”として対象者を見ること。”加害者”ではなく。事件の部分に目を向けるのではなく病状等アセスメントすること。
札幌	対象者がどのような人物なのか、どのような時に体調を崩すのかなどの情報。支援をしていく機関同士での連携。
札幌	地域、医療の連携。
札幌	本人の疾病の理解し本人の希望に沿った対応。
札幌	地域の担当者間のネットワーク(寮、病院、DC、地活)のもちろん調整官、連携と運用しやすいガイドライン。
札幌	制度自体に無理がある。法の廃止。
札幌	受け入れ体制。
札幌	病気の理解。医観法の理解。本人への理解。
札幌	こちらが観察法のPtだと強く思わず、かまえないほうが良いと思う。個人情報の保護も含め、話しやすい環境を作ること。
札幌	ネットワーク支援。
札幌	正しい情報、知識、対象者を支援している方々の話を沢山聞く機会を増やしてほしい。
札幌	対処者の理解。職員間での共通理解。病院との連携。ご本人の意思。
札幌	支援の質と量。
札幌	本人に関する詳しい情報の提供。受け入れ施設を孤立させないバックアップ体制。
札幌	地域組織。
札幌	事前の情報がしっかりしていることが大切だと思います。
札幌	疾患、病状の理解。チーム医療が充実していること。
高知	医療、福祉等の連携。啓発活動の充実。社会の理解(一定程度)。
高知	受け入れるために職員の理解や自分自身の知識を深める必要があると思う。
高知	制度の知識を担当するスタッフ全てが持っていること。市や保健所など多機関と協同して対応ができること。
高知	担当する人以外、全ての職員の制度への理解。地域の理解はもちろん、行政も正しく理解し積極的な介入をしてもらうべき。
高知	病院職員です。病院職員であっても、病気の知識は乏しいものと思います。対象者となると、より理解を得ることは難しいと思います。偏見に対する知識が受け入れる際、必要ではないでしょうか。
高知	ステレオタイプな偏見(医療観察法対象者だけでなく、精神障害者にいえることだと思う)を軽減すること。
高知	本人の疾病の理解がある。・不調の時の対応が整備されている。
高知	医療機関でも福祉サービス機関でも完結しないように、地域一般の方にも加わった方がよい。
高知	医療機関との連携。

問5 医療観察法対象者を安心して受け入れるために必要なこと(自由記述回答:ほぼ原文まま)	
高知	本人が安心して生活を送るための環境調整。支援機関の連携。
高知	関係機関との連携、必要な知識、技術。
高知	その人にあった環境、状況、専門性を持たれたスタッフ、医療スタッフ、施設等。
高知	ハード面、ソフト面の整備が必要。
高知	周囲の理解と協力。
高知	その方の情報が知りたい。地域で、その人の情報が知られていないことでの不安。
高知	関係機関の知識、理解を深めること。
高知	病院でのチーム編成。受け入れるまでかかっていた病院との連携。地域との連携。本人だけでなく家族ともつながる。
高知	対象者や当事者に対する理解。障がいに対する理解。
東京	職員の理解。本人がリラックス、気分転換できる物、場所。緊急時のバックベッド、入院体制。
東京	調整官の知恵と努力とやる気(熱意)つまりこの法ができたことの意味はここにあるし、そのための新しい職種は彼らの今はとても残念な状況にあると思う。
東京	精神障害者(これまで以上の社会参加)医観法制度の認知。受入施設の充実(数、質、専門性)。加害者法の理念というか、退院後の生活ではどうしても本人の希望よりも、地域の都合が優先されてしまう傾向が強い気がする。本人の満足、希望に近づけることが、将来的に安定した生活につながれると思う。
東京	対象者の詳細な情報の把握。また、関係機関との密な連携。
東京	病状管理。
東京	地域、施設に対して事前に理解を得られる機会。また、事前に情報があると安心して受け入れられる。また、施設に対して加算があると受け入れがスムーズとなると考える。
東京	課題だけでなく、本人の人間性等のアセスメント。
東京	職員体制。職員の対象者理解。
東京	サポート体制。
東京	精神障害に対する理解の向上。
東京	医療機関と地域の事業所の連携(情報共有等)。
東京	対象者を受け入れるための支援体制。地域の中で対象者を受け入れる施設、病院が少ない。病院は一つの県の中でも地域にかたよりが見られている。
東京	医療機関との密な連携と地域の障害福祉サービス事業者の理解・協力が必要。特に生活支援として重要な居宅介護事業所(ヘルパー)からは、対象者への支援を断られることが多く、地域支援のコーディネートをやる立場としては困っている。
東京	医療等経験がある機関、人との連携。理解のある就職先の開拓。
東京	精神疾患を患っている方への理解(全国に)。その制度の理解。誰もが安心して暮らせる、その人らしく暮らすことの意義、理解。ノーマライゼーションの理解。
東京	保健師や生活保護、ケースワーカー、地域活動支援センターなどとの定期的な会議など、地域生活を支える支援。
東京	ご本人を理解すること。

問5 医療観察法対象者を安心して受け入れるために必要なこと(自由記述回答:ほぼ原文まま)

東京	地域(まず事業者、それよりも自治体)の理解。受入サービス事業者への加算。自治体のリーダーシップ(あまりにも知らなすぎる。基幹相談支援センターもしかり。精神の知識さえない)。
東京	定期的に悩みや不安を出力できる環境。
東京	対象者のアセスメント情報、課題、本人の病職、支援者との関係性の構築。医療との連携、居場所。受け入れてくれる地域。クライシスプラン。対象者の味方(理解者)を1人でも多く作ろうとする取り組み。対象者のためにと本気で思い動いてくれる支援者。
東京	医療機関が近く、密な連携が取れる。社会復帰調整官とまめな連絡が取れネットワークが軽く動いてくれる。
東京	周り(地域や関係者等)の理解と協力。
東京	対象者と直接接する機会を増やす。
東京	不安というのは安全が見えないということで、困り事を訴えても、対応してもらえないと思っているからだと思います。施設や住民の不安は不信感も大きいかと。医療観察以前に障害者の受け入れや触法者の受け入れに対する思い込みをなくす人材育成が必要かと思います。施設職員でさえ不安を持ってしまうので。そういえば保健師が医療観察法の研修機会がないと話しておられましたが、施設職員や保健師対象の研修会が施行直前にあったと思うのですが、現状はどうなってますか。住民苦情に対応されている方々にも協力してもらい必要もあるかと思います。
東京	支援機関同士のネットワーク。
東京	ご本人の病状や特徴を理解し、病状悪化の際の対処方法をご本人と一緒にとれること。
東京	正しい制度の理解。取り組みの見える化。予算のインセンティブ。
東京	医観法というより地域で障害者を支える仕組み(お金、マンパワー)が必要。
東京	医療観察法にのったということで悪いイメージあり。もちろん病識獲得、社会復帰を果たしている人もいますが、治療困難で病識獲得困難の人もいますので。
東京	利用者同士がチームで話し合え、人を受け入れ理解する力のある所属先。
東京	安心安全に暮らしていけるためのフォーマル・インフォーマルを含めたサポートチームのシステム作り。
東京	事件内容と本人の性格や思考の特徴を全支援者が理解すること。

資料5 調査結果3 事後調査 II. 医療観察法対象者の受け入れ促進に有効なプログラムに関する自由記述回答の内容

II. 1 有効だと思う具体的なプログラム内容(自由記述回答:個人に対する感想は削除、同内容は集約)	
札幌	医療側と保護観察所側のプログラム。
札幌	医療観察制度の特徴。
札幌	司法医療と一般医療の接点を模索して、指定通院医療機関の立場から。
札幌	処遇→治療(地域)→居住→就労のイメージがついた。内容合っていますか?
札幌	クライスプランの作成は大切だと思いました。
札幌	手厚いプログラムが組まれている。クライシスに対してきちんと向きあい理解が進んでいること。
札幌	医療を含めたチームとしての連携と、何かあった時にすぐに役割分担をして介入できる体制。
札幌	1つの事業所や1人が本人を支援するのではなく、チームでどのように支えるか、実践の中からの話でヒントがいろいろありました。特に危機介入の部分が印象的でした。
札幌	生活、働く、本人だけでなく支援者側も自分の中にある偏見、怖さに気づき、変化していくことの大切さをより実感した。
札幌	支援者の不安や怖さを開示した点。実践報告。地域の中で支える支援力(当事者とともに)。
札幌	当事者の世界(背景)を理解すること。支援者も不安を持ちながら支援を行っている。
札幌	当事者研究にて病者の生に同一化して、何が起きたか方法の発見を含め、一緒に考えていくこと。
札幌	人と事を分ける。行為ではなく人を知ってもらう。
札幌	当事者研究。自分を客観的に見て、自分の管理をするプログラム(セルフマネジメント)。
札幌	チーム内での連絡手段。役割分担などの体制づくり。
札幌	人ネットワークの実践報告。
札幌	実際に受け入れた所の報告。
札幌	シンポジウム、シンポジスト報告1~4、全体討議。
札幌	シンポジウム。実践報告は自身の対象者への関わりについて新たな気づきや支援のヒントをもらえました。
札幌	シンポジスト報告…関わった関係者の心情の変化が直接伝わったことで、不安に思うことは同じだけれど、支援体制を整え、他の利用者さんと同じように関わって行くことが出来ていることがわかったのだ。
札幌	シンポジストの方から、様々な立場からの対象者への思いを聞くことができたため。
札幌	就労支援の事例。働くことで未来が見えた。
札幌	シンポジウムでの住居系、就労系の方のお話。
札幌	シンポジウムでの関わった方の率直な思いを聞くことは身近に感じることができ、また、一歩ふみ出す糧になるのではと思いました。

Ⅱ. 1 有効だと思う具体的なプログラム内容(自由記述回答:個人に対する感想は削除、同内容は集約)	
札幌	就労に向けて少し悩んでいたケースがあったため、実際に就労に向けて支援されている方の講演が聞いて良かったです。
高知	支援者の「拒否感」を自覚することが重要だと思いました。
高知	「障害者」ではなく、1人の人間であることへの理解。
高知	当事者を交えたシンポジウム。グループワーク。
高知	当事者がスタッフと一緒に参加してくれ、素直な気持ちを話してくれたことが、支援者として、スーッとおちました。私も「障がい」に対して構えてました。
高知	シンポジウムでは様々な事例をうかがうことができました。活かせそうです。
高知	グループディスカッション。時間がもう少しあればもっとよかった。
高知	全てのプログラムが有効だと思えます。良かったです。
東京	今回のシンポジウム開催自体が医観法と支援状況を知ることができ、抵抗感等の低減になる。
東京	医療観察制度における厚生労働省の取り組み。
東京	厚生省の取り組み。地域処遇の関係機関の連携。地域支援を促進するため(私たちができること)。
東京	医療観察制度の説明。実践(特に立ち上げ)報告。
東京	相談支援事業所へのインセンティブは有効だと考える。
東京	考え方として医観法が無かった時代は措置で対応していた。これを積極的に伝えていくことが大事。後は家族心情をどこまでサポートするか、チームで検討する必要あり。
東京	対話。社会教育。リスクアセスメント。行為前の環境アセスメント。
東京	全体まとめは対象者を理解して地域で支援するのにとても勉強になりました。
東京	地域における連携・チーム作り。対象行為に至る環境のアセスメント。
東京	地域処遇における関係機関との連携。地域処遇の流れと終了がわかりやすく、イメージしやすい。
東京	受け入れる側の意見が聞けたこと。
東京	シンポジストの実際の支援内容を聞けたこと。
東京	講演もシンポジウムも、皆さんそれぞれの立場での関わり等を聞けたので良かった。
東京	シンポジウムで地域の機関の実践報告は、課題を共有できて参考になると感じました。
東京	事例(イメージしやすい)。
東京	どのシンポジストもそれぞれの立場、役割、実践の積み重ねを発表していたので。時間が短かったのが残念。
東京	医療観察制度における地域支援を促進するために私たちがしていること、できることの報告。生活モデルの考え方。地域連携の大事な視点がとてもよく伝わってきた。参考になることが多かった。
東京	地域で実践をされている関口さんの話、地域で支援していく姿勢、視点。もちろん医観法の人だけでないですけど大切です。
東京	対象者における阻害要因は何か、チームで考えることという点は勉強になった。対象者の性格が理由でできないでなく、その人を支援するということがどういうことか応援する立場で考えられると感じた。まとめの話も速かったが勉強になった。

Ⅱ. 1 有効だと思う具体的なプログラム内容(自由記述回答:個人に対する感想は削除、同内容は集約)	
東京	宿泊型生活訓練施設での地域支援。相談支援センターでの地域支援。
東京	社会復帰のための連携、視点についてわかりやすかった。福祉系の関連施設を複数抱える医療機関の受け入れの様子もわかりやすかった。支援の参考になりました。対象者を問題にするのではなく、支援者が成長することが必要かと思いました。
東京	受け入れ前の状況と受け入れ後の変化については伝えた方が良いと思う。

Ⅱ. 2 特に効果があると思う内容(自由記述回答:個人に対する感想は削除、同内容は集約)	
札幌	まず偏見、理解が進むために広く普及啓発をしていくことが大切だと思います。
札幌	社会が変化していくために→時間はかかるがこのような機会(今回の研修のような)が増えるとよい、という話がありましたが、その通りと感じました。
札幌	医療側の医療的なアプローチだけでなく、住居、就労、時間外ケアなどの包括的なサポート機能と各サポートをつないでいる保護観察所のコーディネイト機能も効果的であると感じた。
札幌	マネジメントを(どこが担ったのかは詳細は不明ですが)継続すること。
札幌	環境への働きかけ。当事者の力。
札幌	シンポジストの話にあった『居場所機能』に注目しました。対象者の方を受け入れる施設の職員に対し、どのように支援していけばいいのかわかりやすく説明していけるなと思いました。また、関係機関の意見を取り入れつつ、本人の希望も尊重していくことが本人の「ここにいたい」「もったいない」との意思につながるのだと改めて感じました。
札幌	掘り下げた内容が聞けた。4つの立場の人のチームとしてのつながりがイメージできた。支援している人、関わっている人でもやはり怖いという思いはあることを知れた。
札幌	受け入れ前に思っていたことが変化することというのは、本人の変化にもつながるため、まずは不安や恐怖心があっても支援をすることで変化するかもしれない可能性を信じて支援を行うことが大切であると感じた。
札幌	人として犯罪を捉えていくことができれば、恐怖心や不安感は少なくなっていくのではと思いました。
札幌	危機介入あり、なしの特徴。迷い、不安なく受け入れるためには何が必要か、ということ。
札幌	シンポジウムを開催していくのがよい。
札幌	自給自足の共同作業所の話。宿泊型生活訓練。園芸。特別な事をした人だけ特別な人ではない。
札幌	対象者を人として信じること。傾聴。ストレングスをみる。認めてほめる。
札幌	人と人の関わりの中でリカバリーが見えてく気がしています。
札幌	加藤さんの「特別なことをした人だけ、特別な人ではない」人と事を分けるということが前提として大切なことと感じました。
札幌	特別なことをした人だけ、特別な人ではなく、生活をともにすることでその人を知っていくことになるという点が怖さ、不安の軽減につながったんだろうと感じた。「怖さ」は理解できず、分からない時にわき起こる! ?とおっしゃっていたことにも通じると感じました。
札幌	不安、心配ははじめあって当たり前。その人が仕事をしてみてどうか…という個別性に対応していくこと、という内容が少しでも事業所で働ける対象者が増えるといいなと思った。

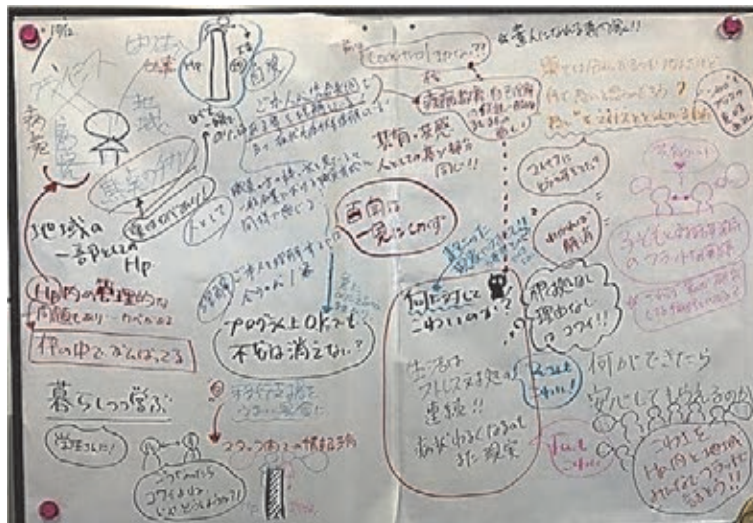
Ⅱ. 2 特に効果があると思う内容(自由記述回答:個人に対する感想は削除、同内容は集約)	
札幌	住居系のお話の中で「生活全般を支援する」ことへの責任の大きさから、プレッシャーから管理的にならざるを得ない面もありますが、まずは「何が起きているのか」本人と対話の中で共有できる枠組みをチームで共有することが重要だと思いました。貴重なお話をどうもありがとうございました。
札幌	受け入れてみて、自分の思いにどのような変化があったのか聞くことができたため、参考になった。
札幌	対象者本人にストレングスを自覚してもらって、同じ目標に向かって、これからも関わっていきたいと思えました。
札幌	支援者も迷いながら支援しているため、関係機関が密に連携することで理解ができること。
札幌	ダブルマネジメント。休日巡回訪問 24 時間 365 日転送システム。率直に不安や要望を相談できるつながり作り。「特別なことをした」けど「特別な人ではない」意識を広めること。
札幌	医療観察の人というよりはやはりその”人”なのだと感じることができた。PSY の人だから怖い→あってみるとそうでもないといった差別的な考え方が大きいなど。
札幌	医療観察法についてのシンポジウム、研修が少ないため、とても勉強になりました。
札幌	対象者を受け入れる中で“何にどう難しさを感じたのか”という点がしっかりと経験ある方々から語られること。できればPSWという立場によらずこれだけチームというかわりを大切にされているならではDr、Nrs(医療)、調整官、地域支援それぞれの立場でも。その語りから共通項が見い出せること、その上でどんな情報や知識や心構えや体制があれば自らのところで受け入れができるのかをよりリアルに、かつその難しさの中からPSWとしてのやりがいやこうした対象の方を受け入れる経験にチャレンジしたいという思いに至るきっかけや具体的に取り組むべきことが見えてくると思う。なので今日の内容をより深く広く触れられるような次の機会をまた楽しみにしています。
札幌	すでに受け入れている状況だが、シンポジストの発言は現場ならではの重みがあり、興味深い内容だった。
札幌	住む、働く、医療、相談機関等の協働、チームワークを如何に高めるかが大切なのかな。
高知	特別扱いはしない。「知ること」。
高知	他害行為、病気に主に目を向けるのではなく、その人を知る、理解するということ。
高知	対象者自身が出てきてくれ、生の話を聞いたこと。「どんな人」という漠然としたイメージが具体的に見れた一例としてとてもよかった。貴重な機会であったと思う。
高知	自身の思う支援の在り方と重なる部分が多く、明日からの仕事につながるように思います。大変ためになりました。ありがとうございます。
高知	Aさん(当事者)の話がとても心にしみました。生の声が特に効果的だと思います。
高知	受け入れる側が「人として」見ること。医療福祉の分野外の人たちの意識を変えていくこと。
高知	テーマを読んで想像した内容とはちょっと違った。良い面もあるが物足りない面もあった。
高知	拒否感という言葉に引っかかりがあった。医療観察法対象者に対して拒否感というものはないので。
高知	色々な事例を聴かせて頂き、とっても共感しました。私も実際数件の医療観察法対象者の支援を行ってきましたが良い結果(本人の希望通り)には至らず、結果、入院するか、入院が嫌で脱走して終了する支援ばかりでした。Aさん(当事者)が述べた「人として」「私は人であり、女性である」「普通に」という言葉にグーっときました。ありがとうございました。
高知	ご本人さんから。信頼できる人との出会い。それが大きいと強く感じました。

II. 2 特に効果があると思う内容(自由記述回答:個人に対する感想は削除、同内容は集約)	
高知	知識が増えて、偏見が少なくなったように感じます。
高知	知る→理解が特に重要だと思います。様々な立場での受け入れ事例を聞くことはそれにつながると思います。
高知	シンポジストの方の生の思いをきけて、よかったです。他人だけじゃなく、支援者の中にも生まれる否定という思いを少しでも小さくできたらと思いました。
高知	当事者の声を聞くことができ、改めて自分を振り返ることができました。他の職種、立場の方々と意見交換することができました。
東京	事例をととして各立場のスタッフが理論や役割、成果や課題を話してもらえるとわかりやすく馴染みやすい。
東京	対象者を問題にするのではなく、支援者が成長することが必要かと思いました。指定発言にもう少し時間をかけてほしかった。
東京	相談支援事業所の医療観察も例への具体的な支援が聞けた相談事業所の方に参考になったと思う。
東京	障害者サービス報酬について、具体的に学ぶことができた。
東京	こういった研修があることで、医観法について学び直し、知識をつけることが出来、今後の受け入れの促進にもつながると考える。研修について幅広く周知をし、多くの関係機関の人、事業所の方に参加してもらいたい。
東京	シンポジストとフロアとの意見交換が有意であると思うのでその時間をしっかり確保できると良いと思った。
東京	チームで孤立感がないという内容。
東京	受け入れる側の意見が聞けたことで、どんな風に関われば良いのかを知れたこと。
東京	各事業所の方々が実践、事例についてお話して下さったため、医観法対象者を受け入れるために重要なことのイメージがついた。
東京	入院中对象者の生活能力を評価できることには限界があるが、対象者が実際に生活する環境の中で、評価し支援していくことはより効果的であると思われる。相談支援事業所と市役所との連携。
東京	初めからたくさん関係機関が関わっていること、受け入れ前から対象の方について知っていること(面識があること)はいいなと思いました。経験がない(浅い)ので私達にできるだろうか、と不安なため、また連携を自ら作っていけるかも不安なため、最初からそれがあるのであればだいぶハードルが下がると思いました。
東京	個人情報などあるので難しい部分もあるが、処遇終了し地域で就労している当事者の方にシンポジストとして入ってもらい、当事者視点での地域促進として考えていける機会があれば。
東京	対象行為でなく、本人のストレングスを先ず考えていく、見つけていくことの大切さ、対象行為の際の本人の気持ち、環境をアセスメントすることの重要性を知ることができました。
東京	シンポジストの体験に基づく貴重な振り返りは、日頃の実務にてらして、点検になったり、反省になったり、自活になるのではないかと思います。
東京	医療観察法がどういった制度なのかを知らない人、興味関心の少ない人は多いと思います。処遇決定までの流れは参考になりました。
東京	それぞれの立ち位置から見た対象者への関わり方を聞くことができた事。リスクに対する考え方も聞いて良かったです。それぞれの支援者が葛藤を持ちながら対象者をどう支えていくか、支援のあり方をチーム全体で、考えているという事が聞いて良かったです。こんな風に対象者に対して向き合ってくれる支援チームがあると言う事、自体が受け入れの促進につながっていると思います。

II. 2 特に効果があると思う内容(自由記述回答:個人に対する感想は削除、同内容は集約)	
東京	地域処遇の流れと終了がわかりやすく、イメージしやすい。
東京	リスクとストレングスへの言及。
東京	社会復帰調整官が抜けたあとも支援体制が地域で構築していけるかが、課題であり直接処遇から連携を図っていたことがとても大切であるが、自立訓練施設や相談事業所にも積極的に関わってもらふこと、コーディネーターを作っていくこと。
東京	事例経験の報告。
東京	医観法の方も、そうでない方も大事なことは変わらない人だと感じる事ができた。
東京	医観法への取り組み全てが、地域力の促進につながるという考え方。医観法への専門・特定化から一般化へという意味で。
東京	医観法対象者に関しては地域支援者(行政含め)が困難事例としてみてしまいがちだが、個別支援の課題は地域課題として捉え地域づくりに結びつけなければならないことを改めて思い出した。医観法の対象者だから特殊ではなく、他の利用者支援と同じ視点で関わっていくという基本的なことに気づかせてもらった。加えて地域の理解促進に努める必要性も感じた。
東京	他害行為をさせない環境作りが大切。しかし本人の病識をどこまで深められるかがカギ。
東京	相談支援事業所であるため、障害者相談支援センターの実践報告を聞くことができたのは参加して良かったと思う。社会復帰調整官の役割が具体的な説明があったため深く理解することができた。
東京	事例については身近に感じやすいところであるので良いのではと思う。受け入れしたことのない事業所等にとっては、初回のケースでの受け入れ側の不安や、関係機関がその時どういうかたちでフォローをしたのか、どういった意味でのチーム支援的な話があるとより身近に感じられるのではと思う。やはりまだまだ地域側の受け入れ、準備ができていない印象はあり、周知という意味でも今後も開催して頂きたいと思う。
東京	事件内容についてやってはいけないこととは理解していても、内省できている人はいなかった。(関わった4名)思考改善を目的とするようなプログラムを取り入れてほしい。クライシスプランなどでリスク回避や病状安定を確保しようとしても、根本的な治療には不十分と感じた。
東京	利用者における具体的なエピソードが弱く、あまり伝わってこなかった。利用者の心の変化や逆に支援者側の利用者に対する理解の変化等があまりつかめなかった。そういうことが伝わってくれば、困難なことでも、全体としてやっていることの意義、良さから、就労していることも含め関心が持てるが、そこまでに今回の話で至らなかった。
東京	依頼が来て受け入れるかどうかとGHで検討するかたちですが、やはりGHとして地域支援者としてどういう考えを持って取り組むかが大切と改めて思いました。相談支援事業所の役割、相談支援専門員のスキルが(意識が)高くない時、大変です。相談支援専門員の研修に医観法のコマを入れてもいいかもです。長くたつと人も変わるので。
東京	調整官や医療、各支援機関の取り組みを紹介して頂き大変興味深かったのですが、もう少し実践的な工夫についてうかがえたらと思いました。触法障害者について講演をわずかながらさせて頂いたことがあります、地域からはクライシスの時の対応や責任の所在についてよく質問を受けます(福祉のみで考えることではないと思いますが)リスクとエンパワーメントの両輪をどう見立てるのか、エビデンスの蓄積が受け入れの促進につながると考えています。
東京	受け入れは地域の役割が大きい。この制度のその先頭に立つ行政機関はHCであろう。ここで受け入れ体制が整っていないと感じること多くあり。多くあると感じることが多々あります。会議に参加していてびっくりすること多い。この法の未熟が見られない。

資料6 花巻病院見学及びグループワークのグラフィックレコード

【花巻病院見学及びグループワークのグラフィックレコード】



資料7 札幌ワークショップのグラフィックレコード

【課題1 グループワークのグラフィックレコード】



資料8 札幌ワークショップ グループワーク記録

【課題2 グループワークの記録】



資料9 花巻病院見学及びワークショップに参加した事業協力者の感想

- 花巻病院のように実際にクライシスプランや当事者研究などを活用し、うまく過ごしていくためのアイテムを事前にたくさん準備した上で地域に移行することを知ることができると安心に繋がると感じた。
- 医療機関や行政を見学する機会や、実際に対象者と触れ合う機会が自分の地域でも増えると触法障害者の受け入れや地域定着によりつながると感じた。
- 私が花巻病院に行く前日、職場の職員と話した際、「不安」「怖い」の声が上がった。確かに、充分な知識もなく受け入れるのは不安が大きく、問題が発生した際にリスクが高いと感じた。
- 花巻病院で病棟見学する前は少し緊張したが、病棟内は穏やかで静かな時間が流れており、奇声を聞くこともなく、ホールでは職員と対象者が穏やかな表情で話されていた。
- 繰り返し周りの人たちに理解してもらえるような研修会や事例発表など取り入れた地域啓蒙が必要になると思った。
- “刑務所のような場所”というイメージだったが、そのような雰囲気は感じず、明るく、ロビーには人目を避けて休めるスペースがあり、開放感があると感じた。
- 入院前に5職種が必ず入る担当者会議を行い、社会復帰まで同じメンバーで対応していくなど、人的にも手厚い配置がされていることや内省も含めた学びの時間を丁寧に設けていることなど様々な配慮や工夫があってこそリカバリーへと繋がるのだなと感じ、自分の中の当初の不安も軽減した。
- 対象者自らが統合性失調症であることを理解し、自らの症状（幻覚や幻聴など）が病気によるものであることを理解している点、その症状を服薬でコントロールでき、またコントロールをしなければならぬことも理解している点に驚いた。
- 一般社会に是非を問う際、「非」を主張しそもそも理解の扉が閉ざされている方々が同様の時間を過ごした場合に必ずしも同様の感じ方は得られないであろうとも感じた。逆効果になる可能性もあるのではないかと感じた。
- 想像よりもはるかにレベルの高い社会復帰に向けたプロセスが花巻病院内で行われていた。
- 地域社会で医療観察法対象者への理解を得ることは難しいが、地域社会が負うであろうリスクは明確にし、それを受け入れるため、許容するための何かは必要になる気がした。
- スタッフは、対象者の地域移行を常に見据え、必要なサポートや支援体制が何かを日々の関わりの中で考え、チームで支援していると強く感じた。
- 当事者研究の様子を見学し、対象者が発する言葉の表現が、幻聴や幻覚の辛さを感じさせないユニークなものも多く、自分で語ることの意味・世界観を共有することの意味を考えさせられる良い機会となった。
- 当事者研究で自己語りをするに至るステップは人と人との当たり前のお付き合いだとわかった。
- 対象者に対し漠然とした“怖い”という感情が自身に存在し、おそらく軽減されるだろうが、完全に消し去ることはないと思うが、だからこそ、協力機関職員の不安に現実感を持って寄り添うことができるのではないかと思う。
- 札幌市にも指定入院医療機関が設置されることで、北海道では今後医療観察法対象者の支援

が加速されると思われる。そのため、今から支援体制を構築していく必要があると思う。

- 「そこ（ミーティングの場）にいる」という時期もあり、他の人の言葉や、疾病教育で学んだ知識や情報が、ゆっくりと孵化していく「孵化期」が必要であり大切。この孵化期があるからこそ、「言葉」を取り戻せる。
- 絶対に事件は起きないという保障はないが、それは未来のことは誰にもわからないことと同じレベルだと思う。
- 不安に思う人との差を埋めていくのも、対象者をサポートしていくのも、結局は人の力、人とのつながり、人と人とのネットワークづくりだと、改めて感じた。
- 私たち参加者だけではなく、花巻病院のスタッフと話し合いができたことで、お互いのギャップについてよくわかった。「患者さんのため」という「同じ目的をもっている」という仲間意識も感じられ、もっともっと日々の業務に対する思い等語り合いたかった。

資料10 札幌ワークショップに参加した事業協力者の感想

- 私が感じたことを職場で伝えようと思ったが、おそらく半分ほどしか伝わらなかったと感じた。積極的に見聞を広げようとしている職員は熱心に話を聞いてくれたが、経験の浅い職員からは事業協力者になると対象者を受け入れなくてはならないのではないかという漠然とした不安を感じたようだ。
- 今回のワークショップでは、医療観察法対象者だけではなく、私たちが仕事をする上で必要なことを整理する機会になったと思った。
- 小さな不安でも共有できる職場環境作り。地域や行政への発信。見学や体験の機会。連携やサポート体制が整っていることが不安や心配の解消になるのだと思い、改めてこのプログラムに参加させて頂いたことに感謝し、自分を振返る良い機会になったと思う。
- 対象者の社会復帰を支援する全ての立場において利害が主張出来る部分に難しさを感じた。
- 「送り出す側」にも「受け入れる側」にも、幾つも“異なる立場”（対象者、地域住民、関係機関及び関係機関に属する個人（事業者も含む））が存在することがより明確になったことで、私自身はこのプロジェクトの難しさを今更思い知らされることになった。
- グループワークを踏まえ、まずは事業所内でどこまでの職員に伝えるか、どのような内容を伝えるか、職員フォローをどうしていくかなどについて議論していく機会を作っていきたいと感じた。
- 初めは少し緊張していたが、皆さんの話を聞き、職場での受け入れの困難さ、理解・協力を得ることの難しさを感じ、自身の職場・地域に置き換えても、限られた人・事業所・地域のみで充分に行えていないことを痛感した。
- グループワークでまとまった“土台”（関わるスタッフ自身が安心していられる場所）を意識し、色々なことを話せる環境・関係性・ネットワークを作り、継続しながらジワジワと広げていくことが大切だと感じた。
- 地域で一緒に医療観察法対象者を支援している他機関の職員とも同様な内容の確認や共有の機会を作ることに取り組むことが必要だと思う。
- 北海道から受託している『精神障がい者地域生活支援事業』に“保護観察所との協力による医療観察法対象者の支援体制の構築”を具体的な業務内容として加えることで、医療観察法対象者が安心して暮らせる地域、支援者に寄り添うことに繋がるのではないか。
- 罪種の持つイメージに捉われすぎないように、これまでどんなことで生きづらさを感じてきたのか、その背景にあるその人自身を知り一緒に大切に考えていくことが必要なのではないかと思った。
- 元社会復帰調整官、医療観察法対象者をすでに受け入れ経験のある方の話がとても参考になった。
- 対象者に関わるスタッフ自身の心身がそれなりに健康を保ち、安心感、信頼感が持てるスタッフ同士のチームが作れなければ、病気を抱えた対象者とともにチームで歩むこと自体が「不安の塊」になってしまうのですからやはり重要だと思った。
- このグループワークで出た意見は、以前トラウマ関連の病（虐待や性暴力被害等）を抱える方たちの支援を考えた時と同じだと思い出した。不安はゼロにはならなくても、「感じてい

ること」を知り、「感じて良いのだ」と思え、それを隠さず伝え合えたら、その人間関係においては構える必要が無くありのままでいられるとしたら、ほっとできる。

- 「知らないこと」「新たなこと」「変化」に対して人は不安を感じやすいと思うので、丁寧に地道に、思いをもった人たちが広げていく必要があるのだと思っている。ただ、やはり根拠が大切で、草の根活動では追いつかないことがたくさんある。
- 医療観察法の法律の下、どのようなメリットがあるか（再犯率の低下を示すとか、治療構造により…例えばクライシスプランの作成等…により再発の割合が減った等）をもっと何かわかるような提示も必要かと思う。
- 自分が所属する組織の中で医療観察法対象者への取り組みや関わりについて話題にしたところ、法律自体の善し悪しや、精神医療全体の予算割合の話に終始していた。もっと広い視野で物事を見て、そして意見・説得できるようにならなければと反省中である。

資料11 札幌シンポジウム案内

資料8 札幌シンポジウムちらし

厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業 シンポジウム

医療観察制度における地域支援を促進するために

日 時 2018年9月2日(日) 午後1時～午後4時30分

会 場 北海道クリスチャンセンター ホール

(札幌市北区北7条西6丁目)

平成17年に心神喪失者等医療観察法が施行されました。当初、不足していた指定医療機関の設置や指定は偏在があるものの必要想定数を満たしつつありますが、障害福祉サービス事業者の受入れ状況は十分とは言えないのが現状です。その要因は、経済的な問題やマンパワー不足だけではないだろうと考えられます。

今回、各機関で熱心に取組んでいる方々の実践報告をとおし、障害福祉サービス事業者の受入れ促進の要因を探りたいと考えています。

I 講 演：13：00～13：45

精神障がい者の地域支援から、医療観察法の支援を考える

講 師 北海道精神保健福祉士協会 会長

佐々木 寛 氏

II シンポジウム：14：00～16：45

医療観察法の対象者の支援を通して見えてきたこと

1. シンポジスト報告 14：00～15：20

1) 佐野 恵理氏 (札幌保護観察所)

司法領域のソーシャルワークの視点から

2) 佐々木 渉氏 (大通公園メンタルクリニック)

司法医療と一般医療の接点を模索して

3) 加藤 慎治氏 (せせらぎ寮)

住むこと、そして、生活を支援すること

4) 小畑 友希氏 (ひかり工房)

対象者にとっての“ (当たり前)に働く”を支える

2. 全体討議、質疑応答 15：35～16：30

<申込み> 事務局：北海道医療大学 看護福祉学部 臨床福祉学科

北海道石狩郡当別町金沢1757

E-mail: jigyo35@ml.hoku-iryo-u.ac.jp FAX: 0133-23-1490

別紙をメールもしくはファクスにて、8月20日までにお申し込みください。

* 定員の100人を超えた場合には、お断りさせて頂くことがあります。

<問合せ> 事業統括責任者 佐藤 園美 事務局員 高張 陽子

厚生労働省 平成30年度障害者総合福祉推進事業 指定課題35
医療観察法対象者に対する差別の解消および偏見を除去するためのプログラム

学校法人東日本学園 北海道医療大学

平成31（2019）年3月

編集・発行 学校法人東日本学園 北海道医療大学

〒061-0293 北海道石狩郡当別町金沢 1757

TEL 0133-23-1211

URL http://www.hoku-iryo-u.ac.jp/summary/torikumi/h30_fukushi/index.html

印刷・製本 柏楊印刷株式会社

