

第32回社会福祉士・第22回精神保健福祉士 国家試験

受験対策 web 講座

精神保健福祉に関する制度とサービス

小沼 聖治（聖学院大学）

【所属】聖学院大学 心理福祉学部 心理福祉学科

【取得学位】修士（医療・福祉マネジメント）日本福祉大学

【研究分野】社会福祉学

【研究キーワード】

精神保健福祉/ソーシャルワーク/社会福祉実習教育

ソーシャルアクション

【経歴】

2002/04～2011/03 社会福祉法人ひだまり会ディライトホーム精神保健福祉士

2011/04～2014/03 日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター
社会福祉実習教育講師

2014/04～2015/03 日本福祉大学社会福祉実習教育研究センター助教

2015/04～2017/03 日本福祉大学福祉経営学部（通信教育）

医療・福祉マネジメント学科助教

【学歴】

2012/04 2014/03 日本福祉大学大学院
医療・福祉マネジメント研究科
医療・福祉マネジメント専攻修了



第32回社会福祉士
第22回精神保健福祉士 国家試験

受験対策 web 講座

視聴方法



アクセス用 QR コード

- ① 日本ソーシャルワーク教育学校連盟
ホームページに開設されている『**社会福祉士・精神保健福祉士国家試験受験対策 web 講座特設サイト**』にアクセスしてください。
- ② ホームページの左側にある【視聴する（科目一覧）】各科目名をクリックすると、該当科目的講座映像が視聴できます。

- ③ このページ下部の『web 講座の利用について』『ご利用の前に』をよくお読みの上、視聴してください。

受験対策 web 講座の利用について

本連盟がこの web 講座映像配信で利用している動画配信サイト【YouTube】は、利用規約により、講座映像の商用利用を禁止しています。

この web 講座を、パブリックビューイング形式（独自に会場等を設定して講義映像を放映し、複数の方が視聴すること）で利用する場合、参加費等の費用を視聴者から徴収することはできませんのでご注意ください。さらに、受験対策 Point Book をコピーして配布することは、固く禁じます。

なお、【YouTube】の利用規約に違反し、損害賠償や訴訟等法的措置が講じられた場合は、当該違反者がその責任を負うものとし、本連盟は一切の責任を負いません。

ご利用の前に

- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、国家試験直前の受験対策として本連盟が作成しています。『受験 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』は、必ずしも国家試験の合格を保障するものではありませんので、各自の判断によりご利用ください。web 講座映像や受験対策 Point Book の視聴・購読によって、視聴した者及びその関係者が不利益を被った場合も、本連盟及び当該科目担当講師は一切責任を負いません。
- 本講座では、個人からの講義内容に関する本連盟及び講師への意見・質問・疑義照会は受け付けておりません。
- 『受験対策 Point Book』は、各講師が国家試験までに最低限押さえておくべきポイントを絞って作成しています。講義内で口頭のみで説明している内容は、各自調べて理解を深めてください。
- 『受験対策 web 講座』映像や『受験対策 Point Book』の内容に万が一訂正があった場合は、特設サイト内の当該講座の視聴ページに訂正・補遺を掲載します。
- 『受験対策 Point Book』の点訳資料及び講義映像内の字幕・手話通訳はご用意できません。
- 亂丁・落丁本はお取り替えしますので、現物を着払いのご返送ください。

本科目「精神保健福祉に関する制度とサービス」の傾向と対策について

- ・本科目では、精神保健福祉士として相談援助を展開していくために、基本的な法律や制度等を理解しているかどうかが問われる（合計12問＝例年は通常問題9問＋事例問題3問）。
- ・具体的には、根幹となる法律である「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」や精神保健福祉法の成立に至るまでの歴史的な経緯、関係の深い法律である「障害者基本法」「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律（障害者総合支援法）」は確実に押さえておきたい。
- ・また、精神障害者に関する社会保障制度としての「医療保険」や「介護保険」と同時に、経済的支援の制度として「障害年金制度」や「生活保護法」の基本的な理解が求められる。
- ・そして、精神保健福祉士の職域拡大に伴い、司法領域との連携がより求められるようになったことから、「更生保護制度」や「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（医療観察法）」も併せて理解しておく必要がある。なお、近年では量的・質的調査の主な方法や倫理的な配慮の基本が問われているので、注意しておきたい。
- ・厚生労働省のホームページや関連する白書等を活用し、本科目の中心となる法律や制度等の基本的な知識や最新の動向、これまでの経緯について網羅的な理解が必要となる。

I. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）の意義と内容

1. 精神病者監護法から精神保健福祉法の経緯

年号	法律名	概要	備考
1900（明治33）年	精神病者監護法	<ul style="list-style-type: none">・精神病者の保護に関する初めての一般法・私宅監置（監護義務者）を公認 <p>⇒精神病者の隔離収容政策の始まり</p>	1883（明治16）年～相馬事件 →座敷牢の規制がないことが問題視
1919（大正8）年	精神病院法	<ul style="list-style-type: none">・監護+医療（収容主義）を補完・内務大臣が道府県に精神病院設置の命令が可能な権限を規定（代用精神病院も可） <p>⇒公的精神病院の建設を促進していたが、全国で数か所程度。目標は達成せず。</p>	1918（大正7）年呂秀三ら「精神病者私宅監置ノ実況及ビ其統計的観察」報告が契機
1950（昭和25）年	精神衛生法	<ul style="list-style-type: none">・保護と医療（保護義務者制度・通報制度）・私宅監置の廃止・措置入院・同意入院・仮入院（退院）制度の新設・警察官通報等の制度新設・都道府県に精神病院・精神衛生相談所の設置義務・精神衛生鑑定医制度の新設（現在の精神保健指定医）・対象の拡大 →+精神薄弱者、精神病質者 <p>※現在はさらなる拡大へ</p> <p>⇒法律の中心は強制入院の制度化</p>	第二次世界大戦後、新憲法の制定 →公衆衛生向上・増進が国の責務に
1965（昭和40）年	精神衛生法改正	<ul style="list-style-type: none">・保健所の精神衛生業務明確化→地域における精神保健行政の第一線機関に位置づけ（精神衛生相談員を配置）・都道府県に精神衛生センター（現在は精神保健福祉センター）の設置	1964（昭和39）年のライシャワー事件（ライシャワー駐日アメリカ大使刺傷事件）が契機

		<ul style="list-style-type: none"> ・通院医療費公費負担制度（現在は障害者総合支援法の精神通院医療へ） ・精神障害者に関する通報・届出制度の強化 ・緊急措置入院制度など、措置入院に係る手続きの改正 ⇒精神病床の増設を急ぐ方針で増床へ 	
1987（昭和62）年	精神保健法	<ul style="list-style-type: none"> ・任意入院制度 ・同意入院→医療保護入院へ改称 ・入院時告知制度 ・精神衛生鑑定医→精神保健指定医制度へ ・精神医療審査会 ・応急入院制度の創設（精神科救急への対応策） ・精神障害者社会復帰施設の法定化 ⇒精神障害者の社会復帰の促進と人権への配慮が目的に 	1984（昭和59）年の報徳会宇都宮病院事件（看護助手らの暴行による患者の死亡）が契機 →国際問題へ発展
1993（平成5）年	精神保健法改正	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者の定義変更 ・「保護義務者」から『保護者』へ名称変更 ・精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）の法定化 ・入院措置解除者→保健所の訪問相談等の対象へ ・大都市特例 ・精神障害者社会復帰促進センター設置など ⇒社会復帰の一層の促進に向けて 	附則にある法施行後5年目の見直し規定による
1995（平成7）年	精神保健福祉法	<ul style="list-style-type: none"> ・精神障害者保健福祉手帳制度の創設 ・精神障害者社会適応訓練事業（通院患者リハビリテーション事業）の法定化（※現在は廃止） ・精神障害者社会復帰施設の4類型（精神障害者生活訓練施設・授産施設・福祉ホーム・福祉工場→現在は廃止され、障害者総合支援法の事業所へ移行） ・市町村の役割明示（初めての法的位置づけ） ・公費負担医療の保険優先化など ⇒法の目的に「精神障害者の自立と社会経済活動への参加の促進のための援助」という福祉の要素の位置づけへ 	1993（平成5）年の障害者基本法 ⇒精神障害者が福祉の対象へ 1994（平成6）年の地域保健法 ⇒市町村の役割の明示
1999（平成11）年	精神保健福祉法改正	<ul style="list-style-type: none"> ・精神医療審査会の機能強化 ・移送制度の創設 ・保護者の自傷他害防止監督義務規定削除等の負担軽減 ・精神障害者地域生活支援センターを社会復帰施設として規定（現在は障害者総合支援法の事業所へ移行） ・精神障害者居宅介護事業（ホームヘルプ）・短期入所事業（ショートステイ） ⇒入院患者の権利擁護の強化や在宅福祉サービス展開へ 	1993（平成5）年改正法施行後の定着状況等や社会福祉基礎構造改革の流れを受けての見直し

2005（平成17）年	精神保健福祉法改正	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害者の定義→「精神分裂病」から<u>「統合失調症」</u>に改訂 法律の目的：「障害者自立支援法と相まって」 通院医療費公費負担制度や精神障害者社会復帰施設の規定削除 精神障害者保健福祉手帳に写真貼付の義務化 	「精神保健医療福祉の改革ビジョン」や障害者自立支援法との整合性を踏まえた障害者福祉制度の見直し
2010（平成22）年	精神保健福祉法改正	<ul style="list-style-type: none"> <u>精神科救急医療</u>の確保を法律上位置づけ 相談指導に関する行政機関の相互連携 精神科病院等の管理者⇒医師や看護師等による有機的な連携の確保に配慮し、一般相談支援事業者との連携を図る努力義務等 精神障害者社会適応訓練事業の廃止 →障害者雇用促進法で雇用の促進を図る 	障害者自立支援法等の一部改正に伴う改正
2013（平成25）年	<u>精神保健福祉法改正</u>	<ul style="list-style-type: none"> 精神障害者の医療の提供を確保する指針 <u>保護者制度の廃止</u> 医療保護入院の見直し（家族等いざれかの同意） 精神医療審査会に関する見直しなど ⇒精神障害者の地域生活移行のさらなる促進 	2010（平成22）年～「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」の議論を踏まえて

※この改正は重点的に理解しておくこと！

2. 2013（平成25）年 精神保健福祉法改正のポイント

1) 精神障害者の医療の提供を確保するための指針の策定

- ①精神病床の機能分化 ②居宅等における保健医療福祉サービスの提供
- ③医師、看護師、その他医療従事者と精神保健福祉士等の連携 ④良質かつ適切な医療の提供の確保

2) 保護者制度の廃止 ※家族の高齢化等に伴う負担大のために削除

<保護者の義務として廃止になった事項>

- ①精神障害者の受療 ②精神障害者の財産上の利益保護（①と②は任意入院・通院患者を除く）
- ③診断・医療を受けさせるために医師への協力・あるいは指示に従うこと ④措置入院等の引き取り

3) 医療保護入院の見直し

- ①医療保護入院→家族等（※）のうちのいざれかの者の同意が要件

※家族等=配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人。該当者がいない場合→市町村長

- ②精神科病院の管理者への義務づけ

- ・退院後生活環境相談員を精神保健福祉士等から選任→本人や家族に対する相談・指導
- ・地域援助事業者（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）との連携→特定相談支援事業（障害者総合支援法）や居宅介護支援事業（介護保険法）その他を紹介するよう努めなければならない。
- ・医療保護入院者退院支援委員会の開催（入院の必要性・退院までの期間・退院プラン　医療保護入院1年未満・入院計画期間を超過した者、本人・家族も出席）

- ・退院促進のための体制整備

4) 精神医療審査会に関する見直し

- ・精神医療審査会の委員→「精神障害者の保健又は福祉に関し学識経験を有する者」を規定
※2016（平成28）年4月施行
- ・精神医療審査会に対し退院等の請求ができる者→入院者本人と家族等を規定

3. 精神保健福祉法の概要

1) 法律の目的

- ①精神障害者に対する医療と保護
- ②精神障害者の社会復帰促進および自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助
- ③精神疾患の発生の予防と国民の精神的健康の保持および増進
- ④精神障害者の福祉の増進
- ⑤国民の精神保健の向上

2) 法律の対象：「精神障害者とすべての国民」

精神障害者の定義=「統合失調症、精神作用物質による急性中毒又はその依存症、知的障害、精神病質その他精神疾患有する者」（第5条）

3) 精神保健福祉センター：都道府県・指定都市に必置義務（第6条）

- 地域精神保健福祉活動の中核機関→法第2条の国および地方公共団体の義務を具現化（6つの業務）
 - ①精神保健および精神障害者の福祉に関する知識の普及と調査研究
 - ②複雑困難な事例に対する相談・指導
 - ③精神医療審査会の事務
 - ④精神障害者保健福祉手帳の交付決定と自立支援医療費の支給決定
 - ⑤市町村が実施する障害福祉サービスの支給要否決定に対する意見
 - ⑥市町村に対する技術協力と援助の提供（⑤と⑥は障害者総合支援法の規定に基づく）

4) 地方精神保健福祉審議会：都道府県が設置可能（第9条）

目的：精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項を調査審議

都道府県知事の諮問に回答+精神保健及び精神障害者の福祉に関する事項に関して都道府県知事に意見の具申が可能

5) 精神医療審査会：都道府県および指定都市に設置（第12条）

- ①業務
 - ・入院の必要性に関する審査←精神科病院の管理者より医療保護入院の届出 or 措置入院者・医療保護入院者の定期病状報告
 - ・退院や処遇改善に関する審査←入院中の者 or 家族等から請求があった時
- ②委員構成：委員=都道府県知事が任命し、任期は2年（第13条）
 - ・合議体=学識経験者5名で構成
 - 精神科医療に関する学識経験者（精神保健指定医に限定）2名以上
 - 法律に関する学識経験者（裁判官、検察官、弁護士など）1名以上
 - 精神障害者の保健又は福祉に関し、学識経験を有する者1名以上

6) 精神保健指定医：一定の精神科実務経験+所定の研修→厚生労働大臣の登録を受けた医師（第18条）

医療保護入院・措置入院・任意入院の継続や入院患者の行動制限に係る要否判定

7) 精神科病院・精神科救急医療（第19条）

- ・都道府県→精神科病院設置義務
 - 「指定病院」・・・民間等の精神科病院を都道府県知事（指定都市市長）が指定し、措置入院の対応
- ・地域の実情に応じた精神科救急医療体制の整備

8) 入院形態

任意入院（第20条）：本人の同意に基づく精神科病院（開放処遇）への入院

- ・本人の申し出で退院が可能：精神保健指定医の診察により入院継続の必要性→72時間の退院制限が可能

※特定医師（精神保健指定医以外で一定の要件を満たす医師）の診察の場合は、12時間が限度

- ・長期の任意入院者→入院後1年経過時及び以後2年ごとに、書面によって入院に係る同意の再確認

医療保護入院（第33条）：医療・保護が必要で本人の同意が得られない→家族等の同意に基づく入院

- ・精神保健指定医の診断が必須→緊急その他やむを得ない場合、特定医師の診察で12時間に限り入院可。

・入院届：精神科病院の管理者は10日以内に、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届出の義務

・定期病状報告：12か月ごとに、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に報告義務

・退院届：精神科病院の管理者は10日以内に、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事に届出の義務

措置入院（第29条）：自傷他害のおそれがある精神障害者→都道府県知事の権限による強制入院

- ・精神保健指定医2名以上の診察→国・都道府県・独法病院・指定病院へ入院（都道府県職員が立ち会い）

・定期病状報告：6か月ごと（最初の半年は3か月ごと）に、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事へ

・措置の解除：都道府県知事→自傷他害のおそれがないと認められた場合、退院させなければならない。

・措置入院費：各種の医療保険を優先→負担分を公費で賄う

緊急措置入院（第29条）：緊急を要するが、措置入院の手続きができない場合の緊急入院

- ・精神保健指定医1名の診察（都道府県職員が立ち会い）→72時間に限り緊急の入院が可能

応急入院（第33条の7）：緊急に入院が必要+任意入院が見込めないor応急入院で移送された者が対象

・直ちに入院させなければ患者の医療・保護を図るうえで著しく支障+本人・家族等から同意が得られない

→精神保健指定医1名以上の診察で、72時間（特定医師の診察：12時間）に限り応急入院指定病院へ入院

移送制度（第34条）：医療保護入院等のための移送

- ・本人の同意なし+家族等の同意あり+精神保健指定医の診察→移送し医療保護入院

・緊急性が高く本人・家族の同意なし+精神保健指定医の診察→応急入院指定病院へ移送

9) 精神障害者保健福祉手帳：1995（平成7）年の法改正で創設

・市町村に申請→等級の判定=精神保健福祉センター

※障害年金証書等の写しを添付して申請→「障害年金の等級=手帳の等級」として決定

・期間：2年ごとに更新申請が必要

・手帳に基づく支援施策

→等級に応じた所得税や住民税の障害者控除及び各種税制（新マル優制度の適用、相続税や贈与税の控除、自動車税・軽自動車税、自動車取得税の減免等）

・生活保護の障害者加算（1・2級が該当）や生活福祉資金の貸付

・公共施設利用料の減免や公共交通機関・携帯電話料金の割引など

II. 精神障害者を対象とした福祉施策・事業

1. 自殺対策：1998（平成10）年以降、自殺者が急増→国家レベルでの対策が求められている

1) 自殺対策基本法：2006（平成18）年に成立

初めて国の自殺対策における基本方針が明記

基本理念：「個人の問題ではなく、社会的な取り組みが必要」「自殺=多様かつ複合的な原因や背景」

「国・地方公共団体・医療機関・民間団体等、関係機関の相互連携で対策を実施」

2) 自殺総合対策大綱：2007（平成19）年に発表

①自殺=追い込まれた末の死 ②自殺は防ぐことができる ③自殺を考えている人→サインを発している

→重点施策として、ゲートキーパー（早期対応の中心者）の養成と人材確保など9項目

- 3) **自殺対策加速化プラン** : 2008(平成20)年に策定(自殺者数が減少しない状況を踏まえて)
「**自殺実態白書2008**」: 地域性・年齢・性別・自殺プロセス・危機経路パターンの詳細な類型化
- 4) **地域自殺対策緊急強化基金** : 2009(平成21)年に都道府県へ配分
各都道府県の人口や自殺者数に応じて配分→市町村の自殺対策に係る基盤整備へ
2015(平成27)年~ 地域自殺対策強化交付金として中長期的な施策へ
- 5) **内閣府に自殺対策緊急戦略チーム** : 2009(平成21)年発足
自殺対策100日プラン: 年末から2010(平成22)年3月まで
→自殺が増加する3月を強化月間へ・・・「お父さん、眠れてる?」キャンペーン
→全国のハローワーク: 年末・年度末に総合的ワンストップサービス(就労・生活・心・法律相談等)
→国は中間的な施策としていのちを守る自殺対策緊急プラン決定・・・3月=「自殺対策強化月間」
- 6) **厚生労働省「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」** : 2010(平成22)年に設立
「誰もが安心して生きられる、温かい社会づくりを目指して―厚生労働省における自殺・うつ病への対策―」
- 7) **自殺総合対策大綱の見直し** : 2012(平成24)年8月→初の全体的な見直し
①「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現」を目標に ②地域レベルの取り組みを中心へ
③若年層や自殺未遂者への対策を推進 ④国・地方公共団体・関係団体等の相互連携・協力の推進
→2016(平成28)年までに自殺死亡率を2005(平成17)年より20%減少を目標に
- 8) **自殺対策基本法の一部改正** : 2016(平成28)年4月に施行
目的: 「誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して、これに対処していくことが重要な課題」
内閣府に自殺総合対策会議を設置
地域自殺対策推進センター: 都道府県及び指定都市→学校へ心の健康保持に係る教育・啓発推進を求める
- 9) 「**新たな自殺総合対策大綱の在り方に関する検討会**」報告書: 2017(平成29)年4月にまとめ
①関連施策の有機的な連携→総合的な自殺対策へ ②地域レベルの実践的な取り組みの実施
③若者の自殺対策のさらなる推進 ④過重労働など勤務問題による自殺対策のさらなる推進
⑤PDCAサイクルの推進と具体的な数値目標の設定などを提言

2. 認知症高齢者等への支援

- 2005(平成17)年~認知症サポーター養成講座→「認知症=病気」という市民の認識の拡がり
- 2009(平成21)年~認知症疾患医療センターの整備: 全国422か所 ※2018(平成30)年1月現在
- 2012(平成24)年9月~「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」策定
- 2015(平成27)年1月~「認知症施策推進総合戦略~認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて~(新オレンジプラン)」策定
→認知症初期集中支援チームや認知症地域支援推進員が市町村に配置へ
→認知症カフェ(認知症者本人・家族・地域住民等が集う→支援の輪を広げる場)
・若年性認知症者: 精神障害者保健福祉手帳や障害年金等の手続き支援
・重度認知症患者デイケア(医療保険制度)
対象: 精神科病院や精神科診療所で精神症状や行動症状が著しい認知症者(「認知症である高齢者の日常生活判定基準」がランクMに該当) ※年齢制限なし→介護保険のデイケアとの併用はX

III. 精神障害者に関する社会保障制度

1. 介護保険制度

- 1) **基本理念**: 「**自立支援**」→高齢者が自らの意思で、有する能力を最大限に活かした質の高い生活を支援
- 2) **目的**: 社会全体で老後の大きな不安となっている介護の社会化

3) 保険者：市町村及び特別区

4) 被保険者：第1号被保険者=65歳以上の者 第2号被保険者=40歳以上65歳未満の医療保険加入者

5) 介護保険サービス：居宅・地域密着型・施設・介護予防・地域密着型介護予防サービス

①介護給付=要介護1～5の被保険者が利用可能なサービス→居宅・地域密着型・施設サービス

②予防給付=要支援1・2の被保険者が利用可能なサービス→介護予防・地域密着型介護予防サービス

③市町村特別給付=市町村独自に条例で定めて実施する給付サービス→食事や移送サービスなど

6) 障害者総合支援法と介護保険制度の関係

①横だし部分

障害者総合支援法の自立支援給付<介護保険制度（介護給付・予防給付・市町村特別給付）の利用優先

※障害福祉サービス固有のもの（同行援護、行動援護、生活訓練、就労移行支援、就労継続支援など）

→障害福祉サービスが利用可能

②上乗せ部分

介護保険制度の支給限度額の制約から市町村が適当と認める支給量が確保できない場合

→障害者総合支援法の自立支援給付（介護給付等）から支給が可能

7) 生活保護と介護保険制度の関係

・生活保護の場合、40歳以上65歳未満の場合は介護保険の被保険者にはならない

→介護サービスは生活保護の介護扶助

・65歳以上は介護保険被保険者となり、介護保険の給付が優先

→利用者負担分を生活保護法の介護扶助が支給。保険料は生活扶助

8) 「地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律」：2017（平成29）年公布

・「介護医療院」の創設：2018（平成30）年度～：慢性期の医療・介護ニーズへの対応

長期療養が必要な人→療養上の管理・看護、医学的管理下での介護、その他必要な医療を行う施設
看取り・ターミナル等の機能と、生活施設としての機能を兼ね備えた施設

・「共生型サービス」の位置づけ→高齢者と障害児者が同一の事業所でサービスを受けやすくなるため、
介護保険と障害福祉両方の制度へ新たに共生型サービスを位置づけ

2. 生活保護制度：生活保護法を根拠として、4原理4原則に基づく

2005（平成17）年 被保護世帯の自立支援→自立支援プログラム

2007（平成19）年 生活保護精神障害者退院促進事業→精神障害者退院推進員の配置

2011（平成23）年 救護施設に精神保健福祉士を加配→保護施設事務費の加算

2013（平成25）年 就労自立支援給付金（生活保護廃止後に支給）の創設

1) 保護の種類：8種類

- ①生活扶助：精神障害者保健福祉手帳1～2級持者に障害者加算 ②出産扶助 ③教育扶助 ④生業扶助
- ⑤住宅扶助：現物給付の場合→宿所提供的施設へ委託 ⑥医療扶助：指定医療機関に委託して現物給付
- ⑦葬祭扶助 ⑧介護扶助（居宅介護・福祉用具・住宅改修・施設介護・移送）

2) 保護施設：5種類

- ①救護施設：日常生活を営むことが困難な要保護者→生活扶助
- ②更生施設：養護及び生活指導が必要な要保護者→生活扶助
- ③授産施設：就業能力が限定的な要保護者→就労や技能習得の機会提供
- ④宿所提供的施設：住居のない要保護者→住宅扶助 ⑤医療保護施設：医療を必要とする要保護者→医療給付

3. 障害年金制度

1) 申請：初診日が20歳未満か年金保険制度加入期間

→初診日から 1 年 6 か月が経過した日か症状が固定した日 = 障害認定日

- 2) 等級 : 障害基礎年金 = 1・2 級、障害厚生年金 = 1・2・3 級まで
- 3) 特別障害給付金 : 任意加入の時期に未加入だった被扶養配偶者 : 1986(昭和 61) 年 3 月以前・
学生 : 1991(平成 3) 年以前に支給
- 4) 認定 : 厚生労働省が「国民年金・厚生年金保険 精神の障害に係る等級判定ガイドライン」策定
→障害年金の認定について、地域格差による不公平を生じさせないことが目的
※精神障害・発達障害・知的障害は「国民年金・厚生年金保険 障害認定基準」の対象

IV. 更生保護制度 : 犯罪予防更生法 + 執行猶予者保護観察法 → 更生保護法 ※2008(平成 20) 年 6 月施行

1. 更生保護法の目的 : 社会を保護 → 個人および公共の福祉の増進

- ・犯罪者及び非行少年に対して、社会内において適切な処遇 → 再犯防止・善良な市民の一員としての自立・改善更生することを助ける
- ・恩赦 (行政権の作用により国の刑罰権を消滅 → 裁判の効力を変更・消滅) の適正な運用を図る
- ・犯罪予防の活動の促進等を行う → 生活支援・就労支援

2. 更生緊急保護 : 更生保護法第 85 条

- ・満期釈放者や執行猶予者等に対して、本人の書面での申し出により、更生保護を受けることができる。
- ・原則 6 か月以内
- ・保護観察所の所長が必要性を認めた時に限り実施
- ・生活保護の要件を満たす時、生活保護の受給可

3. 仮釈放等

- ・刑事収容施設(刑務所・少年刑務所・拘置所等)、労役場、少年院・婦人補導院に収容されている者
→ 収容期間満了前に釈放して更生の機会を与えて、円滑な社会復帰を図るための処分の総称
※ 刑事収容施設 → 仮釈放、労役場 → 仮出場、少年院・婦人補導院 → 仮退院
- ・地方更生保護委員会 : ①悔悟の情、②更生の意欲、③再犯のおそれ、④社会の感情を総合的に判断・決定

4. 更生保護の機関

- 1) 中央更生保護審査会 : 法務省に設置 → 委員長と委員 4 人の合議制
 - ・特赦・特定の者への減刑や復権・刑の執行の免除の実施についての申し出等
→ 同審査会で調査・判断 → 法務大臣へ恩赦の申し出 → 内閣の閣議決定 → 天皇が認証
- 2) 地方更生保護委員会 : 法務省の地方支分部局として高等裁判所の管轄区域(8 管区)に設置
 - ・更生保護法第 16 条に基づく業務
 - ①仮釈放の許可やその処分の取り消し ②仮出場の許可 ③少年院からの仮退院・退院の許可
 - ④少年院からの仮退院中の者 → 少年院に戻して収容する決定申請
 - ⑤少年法の不定期刑 → その執行を受け終わったものとする処分
 - ⑥保護観察の仮解除や処分の取り消し ⑦婦人補導院からの仮退院の許可や処分の取り消し
 - ⑧保護観察所の業務を監督 ⑨その他権限に属する事項の処理

3) 保護観察所 : 地方裁判所の管轄区域(全国 50 か所)に設置

- ・法務省設置法第 15 条ならびに更生保護法第 29 条に規定 → 更生保護・精神保健観察の第一線実施機関
- ・保護観察、生活環境調整、更生緊急保護、犯罪予防活動の促進等が業務
- ・保護観察 = 指導監督(遵守事項を守らせる) + 業務援助(対象者が自立した生活を送れるよう指導)

5. 保護観察所における専門職

1) 保護観察官(国家公務員) : 更生保護法第 31 条

- ・地方更生保護委員会事務局と保護観察所に配置

- ・社会内処遇の専門家→民間協力者等と連携し、対象者の支援や犯罪予防活動を実施

2) 社会復帰調整官：医療観察法に関する業務

6. 民間協力者・団体

- 1) 保護司：法務大臣から委嘱された国家公務員（非常勤+無報酬）→犯罪や非行を行った者の更生を援助
- 2) 更生保護女性会：地域の犯罪予防や青少年の健全育成、犯罪者・非行少年の改善更生に協力する女性ボランティア団体
- 3) BBS会：非行少年や悩みを抱える子どもたちに、兄や姉のような立場で立ち直りや成長を支援する活動を行う青年ボランティア団体
- 4) 協力雇用主：保護観察または更生緊急保護の対象者を雇用し、改善更生に協力する民間の事業主
- 5) 更生保護施設：法務大臣の認可を受けて、更生緊急保護の対象者を宿泊させ、生活指導等を行う施設
- 6) 自立準備ホーム：更生緊急保護の対象者等に、一時的な住居提供を行い、自立を促進する施設

7. 更生保護の新たな施策

1) 地域生活定着支援センター：実施主体=都道府県

- ①対象：高齢・障害のため、福祉的な支援を必要とする矯正施設退所予定者・退所者
- ②配置：職員は6人が基本→精神保健福祉士・社会福祉士等を1名以上配置
- ③業務：退所後に必要な福祉サービス等のニーズを入所中から把握→受入施設等の確保や福祉サービス等の申請支援を行うコーディネート・受入施設等に対するフォローアップや相談支援等

2) 自立更生促進センター：法務省（24時間365日の体制で対応）

- ①対象：主に仮釈放となった人で、刑務所内の成績が優秀にもかかわらず、引き取り先や居住地がない人
- ②業務：日常生活や対人関係の支援プログラムやハローワーク等と連携した就労支援を実施

V. 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（医療観察法）

2003（平成15）年公布→2005（平成17）年施行

1. 対象

- ・不起訴処分になった心神喪失または心神耗弱と認められた者
- ・対象行為について、心神喪失を理由に無罪判決が確定した者
または心神耗弱によって刑が減刑され執行猶予付きの有罪判決が確定した者

※20歳未満の少年：原則として医療観察法の対象にはならない→家庭裁判所へ全権送致主義

2. 処遇の流れ

- 1) 検察官申立て：検察官が裁判所へ申立て→鑑定医による鑑定
- 2) 鑑定・審判：裁判官と精神保健審判員1人ずつの合議体→処遇の要否と入院or通院を決定
審判では必ず弁護士である付添人をつける（対象者の権利擁護）
- 3) 入院：入院中から継続した生活環境の調整（入院期間＝概ね18ヶ月が目標）
- 4) 通院：処遇実施計画に基づいた地域処遇（通院期間＝原則3年間→2年まで延長可）
- 5) 終了：一般の精神医療・保健に移行

3. 指定医療機関：厚生労働大臣が指定

- 1) 指定入院医療機関＝国・都道府県・特定独立行政法人等が運営主体の専門医療機関
- 2) 指定通院医療機関（既存の通院機関・薬局を活用）＝厚生労働大臣の指定を受けた病院・診療所
常勤の精神保健指定医、精神保健福祉士・作業療法士・心理職（非常勤可）
治療計画（通院前期・中期・後期）を立て、3年以内（最長5年）に一般精神医療への移行を目標に

4. 精神保健審判員

1) 要件：職務に必要な学識経験を有する精神保健判定医→事件ごとに地方裁判所が任命

2) 職務：対象者における入院・通院医療の必要性の判断や決定

5. 精神保健参与員：医療観察法第15条に基づく特別職の国家公務員

1) 要件：精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識と技術を有する精神保健福祉士等

→精神保健福祉士として5年以上の相談援助業務+所定の研修を受講が必要

事件ごとに地方裁判所が任命

2) 職務：精神保健福祉の観点から、対象者の処遇決定に関する必要な意見を述べる（権利擁護の視点）

6. 社会復帰調整官：医療観察法第20条に基づく→保護観察所に配置

1) 要件：精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者

2) 職務：①生活環境の調査、②生活環境の調整、③精神保健観察など

①生活環境の調査：鑑定医による鑑定や審判時、本人や家族等から住居や家計などの生活状況を調査

②生活環境の調整：入院病棟を訪問して対象者のニーズを確認しながら、入院医療時から関係機関と連携→退院後に必要な医療や福祉サービス等の支援が受けられるように環境調整

③精神保健観察：定期的に必要な医療を受けているかの見守りや指導を実施

→生活上の問題に関する相談・指導・助言時にケア会議を開催

・居住先、転居先の生活環境調査→指定医療機関の調査転居先の保護観察所に連絡

・2週間以上の旅行先の受療予定の医療機関を先の保護観察所に連絡

・一定の住居への居住、移転、長期旅行には届出：違反→医療機関の長は保護観察所長に通報

3) 処遇実施計画：精神保健観察中+緊急時のプラン→ケア会議等で協議し作成

4) 通院治療を受ける対象者：医療観察法と精神保健福祉法双方を適用

例) 病状悪化により医療観察法入院の必要がある時→保護観察所長へ通知

→精神保健福祉法入院（措置・医療保護・任意入院）→精神保健観察は継続状態なのでケア会議開催

→裁判所による医療観察法により再入院が決定→退院後、また3年精神保健観察

5) 退院：①入居前居住地を基本→②居住地の市町村→③居住地の都道府県→④対象者が長く居住した場所

※限定した関係：精神保健観察期間のみ関与

VII. 社会調査の基礎：量的・質的調査の違いや主な方法（倫理的配慮も含む）

1. 調査方法：量的調査と質的調査

1) 量的調査=調査対象者の集団から一定程度の規模のデータを収集し、統計学的に集団の性質を探索

①全数調査（悉皆調査）=母集団すべてのデータを対象 ②標本調査=母集団データの一部を抽出

2) 質的調査=特定の調査対象者の体験や価値観などをある認識論に基づいてデータの意味内容を解釈

①個別インタビュー ②フォーカス・グループ・インタビュー =複数の調査対象者に面接

③参与観察=調査対象者の活動場面に関与

3) 調査目的 =①量的調査 →因果や関連関係などの仮説を検証 ②質的調査 →理論の生成や再構築

2. 社会調査における倫理的配慮

1) 調査目的や意義を明確に説明 →インフォームド・コンセント（説明と同意）

2) 匿名性の確保情報 →個人情報保護の徹底

3) 収集したデータの目的外使用は× →調査目的の限定使用

4) 予想される不利益を説明すると同時に、その対応に備える→リスク・マネジメント