

の有無とは原則として関係せず、刑事手続の流れの中から必要な者を枝分かれ (divert) させて精神医療の枠組につなげる点が特徴的である。手続から離脱させ精神医療につなげるルートについてはそれぞれが法律に規定され、基本的には裁判所が関与する点でフォーマルに行われる点も重要である。わが国の措置入院制度は、このルートが必ずしも明確でなく、その運用が検察官の裁量に完全に委ねられている点で、インフォーマルなダイバージョンの制度というべきものであったが、医療観察法ではフォーマルな形に改められた点で、イギリスの制度に近いものになっている。

制度はかなり複雑であるが、その身分に応じて対象者を、未決者、責任無能力者、有罪判断を経た既決の犯罪者の3群に分けることができるだろう。未決者では訴訟無能力の場合のほか、未決勾留中に行刑当局の判断で病院に移送することもありうる。有罪判決を経た既決者の場合には、通常受刑者と同様に刑務所に収容され、そこから行刑当局の判断で病院に移送される場合のほか、裁判官による量刑判断によって、刑罰を変えて治療処分が科される場合もある。

しばしばイギリスの制度は、精神病院と刑務所との関係が密であり、治癒したり精神病院による処遇にふさわしくないと判断した患者を比較的容易に刑務所に選送でき

る制度であると説明される。この説明は正当ではあるが、対象者によっては必ずしもそうではない。刑務所に移送できるのは、刑罰を受ける義務が残されている場合に限られるのであるから、もともと刑事施設に収容されるべき対象者、すなわち未決拘禁が必要な未決者及び既決の受刑者のみなのである。したがって、犯罪を犯していない一般精神障害者はもとより、責任無能力者、刑罰に代わる治療処分を受けた既決の犯罪者は、刑務所への移送はあり得ない。なお、イギリスにおいては責任無能力が言い渡される事案はほとんどなく、後述の人格障害者のほとんどは既決の犯罪者であることにも注意を要する。

司法精神医療の枠組の中では、病院への強制入院を内容とする処遇 (病院命令 (Hospital Order) 等)、治療よりもケアが必要な場合に社会福祉局の貢献にふすことを内容とする命令 (後見命令 (Guardianship Order) 等)、並びにアフターケアを内容とする処遇が行われる。

司法精神医療の対象者である場合、処遇導入の判断は裁判所が行う場合と法務大臣が行う場合とがある。訴訟無能力、責任無能力、刑罰に代わる処分の場合には裁判所が行刑の一環としての措置の場合には法務大臣が判断者となる。裁判所が処遇導入の判断を行った場合には、いったん処遇が開始された後は、医療者 (後述する) の判

断で処遇が行われる。ただし、特に公衆への危険が著しいと認められる者については、「制限命令 (Restriction Order) 等」が出される限りで、医療者ではなく法務大臣が最終的な判断者になる。これに対して、処遇導入を法務大臣が判断した場合には、処遇開始後も一貫して法務大臣に処遇に関する判断の最終的な権限が残る。

以上の処遇枠組自体は、後述の地域内治療命令の創設を除いては、2007年法においても変化がない。

(3) 「精神障害」の定義改正と人格障害者に関する「治療可能性」要件の削除

1983年精神保健法 (Mental Health Act 1983, 以下、1983年法という) は、「精神障害」とは、精神病 (mental illness)、重度精神遅滞 (severe mental impairment)、精神遅滞 (mental impairment)、精神病質 (psychopathic disorder)、その他の精神障害 (any other disorder or disability of mind) に分類した。ただし、精神遅滞、精神病質に罹患した患者を強制的に入院させるためには、治療によって病状を軽減するか、病状の悪化が防止できるという「治療可能性 (treatability)」の要件が満たされていなければならない。イギリスの医療関係者は、この「治療可能性」を狭く解釈し、人格障害者を治療の対象とすることを躊躇してきた。しかし、イギリスの最高裁判所である貴族院は、1999年に、

「治療」とは、精神障害それ自体の改善に向けられたものでなくても良く、精神障害から生じる症状を軽減防止するものであればかまわない、と判示した。そして、スケジュール管理された病院という環境にいてことで自身の怒りを抑制できている場合には、治療可能性があるとした。

この判決を受け、政府は精神保健法の改正に着手し、長い議論の末、2007年7月に2007年精神保健法を制定した。2007年精神保健法は、5つに分類された「精神障害」の定義を廃止し、一つの広汎な定義、「あらゆる精神の障害 (any disorder or disability of mind)」を採用した。つまり、人格障害者に関する「治療可能性」の要件は削除され、「看護 (nursing) や心理療法 (psychological treatment) を含む適切な治療が提供可能」であり、「自傷他害防止のために入院治療が必要」だと考えられれば、その者は入院させられることになったのである。なお、心理療法の中には、怒りのマネージメントや認知行動療法などが含まれる。この改正によって、犯罪を行った人格障害者のみでなく、未だ犯罪を行っていないが他害の危険がある多くの人格障害者が強制入院の対象になりうると考えられている。

なお、今次の法改正とは別に、重篤で危険な人格障害者 (Dangerous Severe Personality Disorder, 以下、DSPD 人格障害者という。) について、法務省及び保健省に

より、重点的なプログラムを構築している。司法精神医療の枠組では、刑務所2ヶ庁、2病院を DSPD サイトとして指定し、DSPD 人格障害者の治療の重点施設としている。

(4) 退院後のアフターケアについて

精神保健法においては、裁判所から病院命令(hospital order)などを受けて入院している患者が退院した場合、保健局 (Health Authority) または Primary Care Trust と地域の社会福祉局は、関係ボランティア機関と協力しながら、アフターケアと行わなければならないとされている。このアフターケアは、保健局や社会サービス局が、必要ないと認めるまで行われる。

しかし、退院しては、治療をきちんと受けず、服薬も怠り、また騒ぎを起こして入院する、そのようなことを繰り返す患者が、イギリスにおいては少数であるが存在するといわれている。そこで、1983年法の下でも、地域において精神障害者に強制力を及ぼす規定は存在した。例えば、病院命令などによって入院している16歳以上の患者を、アフターケアに確実につなげるために、定められた期間、監督官 (supervising officer) のスーパービジョンに服させる規定である。もっとも、このスーパービジョンの規定は、これまでそれほど使われてはいなかったため、退院しては、治療をきちんと受けず、服薬も怠り、また騒ぎを起こし

て入院する患者が問題となっていた。

そこで、2007年精神保健法は、Supervised Community Treatment(SCT)制度を導入した。これは、主に、一般の強制入院患者、犯罪を行って病院命令を受けている患者で Community Treatment Order(CTO)を課されて退院した者に対し、治療条件に従うことを求め、必要があれば強制的に再入院させるものである。

(5) その他の改正点

2007年精神保健法によるその他の改正点として、患者の治療に責任を持つ治療者の職種を拡張する改正も注目される。従来は、患者の処遇の決定は主治医 (responsible medical officer) が行っていたところであるが、これが「担当治療者 (responsible Clinician) に改められ、必ずしも医師でなくても処遇決定の責任者たりうるものが規定されたのである。たとえば、前述の地域内治療命令を例にとれば、強制入院からこの命令を行って退院させる権限、地域内にいる患者を再入院させる権限は担当治療者にあり、したがって医師以外の者がその判断を行いうることになった。訪問調査時のインタビューによれば、これは人格障害者の処遇においては心理士等の非医師の専門職がむしろ重要な役割を担うことを反映したことに由来のものであるが、この改正点への批判も少なからずあるとのことであった。

D 結論

わが国の医療観察法は、施行後ある程度の期間を経て、ひとつの処遇システムとして確立しつつある。しかし、医療観察法附則4条の規定により、施行後5年での検討が予定されている。もとより、医療観察法の適用局面は、司法精神医療の枠組の、しかもその一部に限定されたものである。医療観察法附則3条2項が示すように、「この法律による医療の対象とならない精神障害者に関しても、この法律による専門的な医療の水準を勘案し、個々の精神障害者の特性に応じ必要かつ適切な医療が行われるよう、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度の障害に対応した病床を整備することにより、精神医療全般の水準の向上を図る」こともまた、本法に関わる者の任務である。

現行制度の問題点を把握し、それを改善するための処方箋を提示するための準備として、他の法制度の在り方を知ることは不可欠の作業である。精神医療分野においても、比較法研究の必要性はここから生じる。今回のイギリスの調査研究もその一環である。

したがって、本報告は、わが国にも直ちにイギリスの制度を採用せよと提言するものではない。むしろ、イギリスの制度を鏡として、わが国の制度を見る上でいわば「死角」になっている部分はないかを検証する

ものである。

人格障害者の医療的処遇は、とりわけ議論のありうる部分である。わが国では、人格障害は責任能力判断の段階で行刑に回され、かりに責任能力に問題があったとしても、医療観察法の運用上「治療必要性」がないとして医療観察法の適用となることは少ない。しかし、現在においても、この問題は消滅したわけではない。たとえば、他の精神病性疾患との合併事例であって当該疾患が治癒した場合には、医療観察法の処遇を受けた例はしばしば報告されているところである。もとより人格障害といっても、病態によっては、医学的に見て医療観察法による処遇がむしろ妥当と考えられる症例が存在することも、存在し得ないとはいえないだろう。少なくともわが国の医療観察法の現行の処遇を考えるに当たっても、イギリスのこの点に関する議論は、今後検討するに値するように思われる。

イギリス 2007 年精神保健法では治療可能性要件は削除された者の、治療が対象者にとって有用なものであることはなお要求されている。したがって、同法の対象になる人格障害は、少なくとも治療が有用であるとは理解されている。その上で人格障害者への医療は、行刑だけでなく、病院という場においても幅広く行われている。これに対して、わが国においては、人格障害は治療可能性がないものと考えられている。

この点についての意識には差があるが、これが人格障害の理解の相違に帰因するのか、それとも医療の概念理解の相違に帰因するのかは、今後なお明らかにしなければならない課題として残されている。なお、この点に関しては、前述の「治療担当者」をめぐる改正も参考になるだろう。

また、イギリスにおいて精神保健法に基づく処遇を受ける人格障害者のほとんどは、有罪の確定判決を経た「犯罪者」である。したがって、わが国の医療観察法の運用とは、問題の次元を異にしている。しかし、わが国においては、完全責任能力者に対する刑務所などでの処遇は、必ずしも十分なものであるとはいえないであろう。人格障害者も精神障害者であり、少なくとも自ら治療を望む者については医療へのアクセスが確保されるべきだと考えるのであれば、その方策も今後検討されなければならないであろう。

イギリス 2007 年精神保健法の地域治療命令は、特に一般精神医療の分野において、わが国においても参考にされるべきであろう。調査時点で法律施行の直後であったため、その運用について調べることは適わなかったが、今後その動向を注視する必要がある。もっとも、イギリスについては、司法精神医療領域におけるスーパービジョン付きアフターケアが必ずしも十分に機能しなかったところから、同制度が導入された

ともされる点は、わが国とは事情が異なる。わが国でかりに制度的に枠付けられた形の一般の地域精神医療システムを導入するとしても、その際には医療観察法の通院処遇制度が機能することがまず認められた後に、それを拡充される形でなされることが想定される。したがって、わが国の医療観察法の通院処遇制度は、将来の一般地域精神医療における導入を念頭に置きつつ運用され、モニターされることが望ましいように思われる。

E 研究発表

1. 論文発表

1) 中谷陽二、丸山雅夫、山本輝之、五十嵐禎人、柑本美和編・精神科医療と法（弘文堂、2008年）

※ 研究分担者が主催し、本研究の一環として行われた研究打合せのメンバーを中心に、精神医療と法の領域全体にわたって共同研究を行った成果である。なお、研究分担者・協力者の執筆したものとして、山本「心神喪失者等医療観察法における強制処遇の正当化根拠と『医療の必要性』について——最高裁平成19年7月25日決定を契機として」同書125-144頁、柑本「DV加害者更生プログラム」同書279-312頁

2) 水留正流「いわゆる『治療反応性』について——法律学の視点からの事例群の分析

—「法と精神医療」23号(2008年)87—

101頁

2. 学会発表

なし

以上

研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行物・別刷

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の 編集者名	書 籍 名	出版社名	出版地	出版年	ページ
角野文彦	心神喪失者等医療観察制度ハンドブック	角野文彦	心神喪失者等医療観察制度ハンドブック		大津市	2008年	
岩波 明	精神鑑定と裁判員制度	岩波 明	刑法 39 条	光文社	東京	2009 予定	一部抜粋
松原三郎	医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題	中谷陽二	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008年	145-158
松原三郎	わが国の精神科医療とその課題	松原三郎	専門医のための精神科臨床リユミエール 4 精神障害者のリハビリテーションと社会復帰	中山書店	東京	2008年	2-17
山本輝之	「心神喪失者等医療観察法における強制処遇の正当化根拠と『医療の必要性』について—最高裁平成 19 年 7 月 25 日決定を契機として」	中谷陽二・丸山雅夫・山本輝之・五十嵐禎人・柑本美和	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008年	125-144
柑本美和	「DV 加害者更生プログラム」	中谷陽二・丸山雅夫・山本輝之・五十嵐禎人・柑本美和	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008年	279-312

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
岩波 明	精神鑑定信用性	読売新聞	5月21日 朝刊		2008年
佐木隆三、大谷昭宏、 岩波 明、宮崎哲弥	精神鑑定の暴走を許すな (鼎談)	諸君！	8月号	138-152	2008年
松原三郎	病棟機能分化からみた精神科救急病棟のあり方	日精協誌	27(5)	390-395	2008年
松原三郎	医療観察法の地域サポートとACT	臨床精神医学	37(8)	1029-1036	2008年
松原三郎	精神病床利用状況調査から見たわが国の精神科医療の課題	日精協誌	27(11)	967-979	2008年
松原三郎	英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告	日精協誌	27(11)	1026-1037	2008年
八木 深	医療観察法指定入院医療機関の現場から	最新精神医学	13(2)	175-181	2008年
八木 深	医療観察法の治療効果に関する事例検討報告	法と精神医療	23	43-56	2008年
水留正流	「いわゆる『治療反応性』について—法律学の視点からの事例群の分析—」	法と精神医療	23	87-101	2008年

心身喪失者等医療観察制度

ハンドブック

(保健所 Q & A)

司法精神医療における行政機関の役割に関する研究

(分担研究者：角野 文彦)

心身喪失者等医療観察制度 Q & A

I 心身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 (略称：心身喪失者等医療観察法、医療観察法) の要点

- Q 1 心身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体系とは？
- Q 2 医療観察法の目的とは？
- Q 3 重大な他害行為とは？
- Q 4 心身喪失、心神耗弱とは？
- Q 5 医療観察法の対象者とは？
- Q 6 医療観察法の処遇の流れとは？
- Q 7 検察官による申立てとは？
- Q 8 鑑定入院とは？
- Q 9 対象となる人の入院や通院の決定の手続とは？
- Q 10 指定入院医療機関による医療とは？
- Q 11 地域社会における処遇とは？
- Q 12 社会復帰調整官とは？
- Q 13 医療観察制度による処遇の終了とは？

はじめに

心身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 (略称：心身喪失者等医療観察法、医療観察法) が平成17年7月に施行され3年が経過しました。保健所には、心身喪失者等医療観察制度の対象者の医療確保、地域処遇や社会復帰に関わる様々な役割があります。そのためには心身喪失者等医療観察制度の理解が欠かせません。

さらに平成20年10月～11月に行った当班における保健所の心身喪失者等医療観察制度実態把握調査では221か所の保健所が事例を経験し、その事例総数は557でした。すでに全国の保健所では多くの様々な事例を経験していることが分かりました。この調査から明らかになったように、保健所は対象者への地域社会における支援及び処遇終了者へ対する精神保健福祉法による精神保健福祉サービスの提供や生活支援など新たな業務に取り組む必要があります。

このような現状を踏まえ、保健所が心身喪失者等医療観察制度対象者の社会復帰を進めるために、既に発行されているガイドライン、マニュアル、出版物等を参考に、保健所の心身喪失者等医療観察制度運用に必要なと思われる事項についてQ & A形式でまとめました。

ご活用いただければ幸いです。

1

II 裁判所

- Q 14 裁判所の評決とは？
- Q 15 裁判官とは？
- Q 16 精神保健審判員 (審判員) とは？
- Q 17 精神保健参与員とは？

III 医療観察制度に携わる関係機関の役割

- Q 18 地域社会における処遇に携わる関係機関の共通の役割とは？
- Q 19 法務省と厚生労働省の役割とは？
- Q 20 保護観察所の役割とは？
- Q 21 都道府県の役割とは？
- Q 22 精神保健福祉センターの役割とは？
- Q 23 保健所の役割とは？
- Q 24 市区町村の役割とは？
- Q 25 福祉事務所の役割とは？
- Q 26 鑑定入院医療機関とは？
- Q 27 指定入院医療機関とは？
- Q 28 指定通院医療機関とは？

- Q 29 精神障害者社会復帰施設の役割とは？
 Q 30 警察署の役割とは？
 Q 31 平素の連携体制とは？

IV 審判に係わる事項

- Q 32 対象者が医療を受ける指定入院医療機関の選定準備とは？
 Q 33 生活環境の調査とは？
 Q 34 生活環境の調査結果の報告とは？
 Q 35 審判期日とは？
 Q 36 審判期日の当日、対象者の出席とは？
 Q 37 対象者の権利擁護とは？
 Q 38 付添人とは？
 Q 39 被害者等の審判期日の傍聴とは？
 Q 40 被害者等に対する通知とは？

V 指定医療機関

- Q 41 指定医療機関の指定とは？
 Q 43 指定入院医療機関の役割とは？

- Q 44 医療観察法病棟とは？
 Q 45 医療観察法病棟の基準人員配置とは？
 Q 46 これまでの全国の入院・通院決定数の状況とは？
 Q 47 入院治療と治療目標とは？
 Q 48 指定入院医療機関による医療理念・目標とは？
 Q 49 医療観察制度に係る診療報酬の扱いとは？
 Q 50 対象者の医療費とは？
 Q 51 入院対象者の疾病別内訳と男女別内訳は？
 Q 52 指定入院医療機関における各種会議とは？
 Q 53 入院対象者に対する社会復帰調整官による生活環境の調整とは？
 Q 54 生活環境の調整における保護観察所相互の連携とは？
 Q 55 生活環境の調整の開始と調整計画とは？
 Q 56 指定入院医療機関からの退院の判断とは？
 Q 57 指定入院医療機関における退院許可決定又は入院継続決定とは？
 Q 58 退院の許可の申立てとは？
 Q 59 退院基準に到達しない場合の手続きとは？
 Q 60 入院対象者等からの退院許可の申立てとは？

4

5

- Q 61 退院の許可の件数とは？

VI 地域社会における処遇

- Q 62 地域社会における処遇とは？
 Q 63 処遇の実施計画とは？
 Q 64 処遇の実施計画に盛り込まれる内容とは？
 Q 65 対象者の支援方針とは？

VII 指定通院医療機関における医療

- Q 66 通院処遇の位置づけと目標・理念とは？
 Q 67 指定通院医療機関の役割と処遇方針とは？
 Q 68 指定通院医療機関の運営・管理、人員とは？
 Q 69 通院医療の実施、2通りの通院決定とは？
 Q 70 対象者の通院先として指定通院医療機関が連絡を受けたときは？
 Q 71 指定通院医療機関に選定されたときの指定入院医療機関との連携とは？
 Q 72 地域処遇における指定通院医療機関の役割と

は？

- Q 73 指定通院医療機関の標準的な医療内容とは？
 Q 74 対象者に対する通院医療開始時の制度説明の内容とは？
 Q 75 医療観察法の訪問看護ステーションとは？
 Q 76 多職種チーム会議（指定通院医療機関における）とは？
 Q 77 多職種チームによる個別の治療計画作成と実施とは？
 Q 78 多職種チームの継続的な評価とは？
 Q 79 通院医療機関の記録の標準化とは？
 Q 80 通院の期間とは？
 Q 81 指定通院医療機関が行わねばならない報告、意見書や通報とは？
 Q 82 通院医療中の入院の申立てとは？
 Q 83 身体合併症の医療とは？
 Q 84 クリティカルパスから外れた対象者に関する取扱いとは？
 Q 85 通院医療の決定を受けた対象者が通院を希望しないときは？

6

7

Ⅷ ケア会議の開催

- Q 86 地域処遇におけるケア会議とは？
Q 87 ケア会議の構成機関とは？
Q 88 ケア会議の協議事項（指定通院医療機関に通院中の場合）とは？
Q 89 ケア会議の留意点とは？
Q 90 ケア会議の通知、実施の時期及び場所とは？
Q 91 対象者の出席とは？
Q 92 対象者への説明とは？
Q 93 家族の参加とは？

Ⅸ 精神保健観察

- Q 94 精神保健観察における見守りとは？
Q 95 転居の届出への対応とは？
Q 96 転居の届出を受けた地方厚生局の対応とは？
Q 97 転居先の保護観察所の対応とは？
Q 98 転居後の指定通院医療機関の対応とは？
Q 99 旅行の届出への対応とは？

8

とは？

- Q 115 個別に精神科医療機関を活用できますか？
Q 116 通院中に入院医療が必要になった時の手続きとは？
Q 117 緊急の場合の入院申立てについての連絡とは？
Q 118 家族や支援者が自傷他害の状態を察知した時は？
Q 119 精神保健福祉法に基づく入院の期間中の精神保健観察とは？
Q 120 入院先が、対象者が受診している指定通院医療機関でないときは？
Q 121 医療観察法と精神保健福祉法の関係とは？
Q 122 住居確保、あっせんとは？
Q 123 精神障害者社会復帰施設等の利用とは？
Q 124 障害者自立支援法によるサービスと社会資源の活用とは？
Q 125 地域住民等への配慮とは？
Q 126 関係機関の情報提供における配慮とは？
Q 127 被害者への配慮とは？

10

- Q 100 対象者が長期の旅行を行う場合の処遇の確保とは？

X 病状悪化時における緊急対応

- Q 101 病状悪化時における緊急時対応とは？
Q 102 病状悪化をまねかないための支援体制づくりとは？
Q 103 医療観察法に基づく（再）入院とは？
Q 104 緊急時連絡体制の整備とは？
Q 105 緊急時の精神科救急医療等の検討とは？
Q 106 対象者等からの緊急時相談窓口の設定とは？
Q 107 地域生活中の状態変化の察知と把握とは？
Q 108 病状の悪化、医療中断等への緊急対応とは？
Q 109 協議される内容とは？
Q 110 医療の提供とは？
Q 111 夜間、土日の病状悪化時における対応と手順とは？
Q 112 病状悪化時の緊急時対応の例とは？
Q 113 日常生活での緊急時対応の留意点とは？
Q 114 精神保健福祉法に基づき入院している場合

9

XI 評価

- Q 128 共通評価項目とは？
Q 129 共通評価項目の使用法の要点とは？
Q 130 生活機能評価とは？
Q 131 特に注意する評価項目とは？
Q 132 通院開始時の評価とは？
Q 133 実施計画の見直しとは？

XII 地域社会における処遇の終了

- Q 134 通院期間内の処遇の終了とは？
Q 135 処遇終了に関する評価の項目と目安とは？
Q 136 処遇終了の申立てとは？
Q 137 保護者や付添人による医療終了の申立てとは？
Q 138 処遇終了の申立てした場合の通知とは？
Q 139 通院期間の満了による場合の処遇終了とは？
Q 140 処遇終了後の支援とは？

11

XIII 情報の共有

- Q 141 情報の共有とは？
Q 142 情報の入手と提供とは？
Q 143 対象者への情報の共有についての説明とは？
Q 144 医療情報の取扱いとは？
Q 145 関係機関における記録の管理とは？
Q 146 処遇、治療及び評価等のデータ集積とは？

医療観察制度に関する参考資料

I 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(略称:心神喪失者等医療観察法、医療観察法)の要点

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(略称:心神喪失者等医療観察法、医療観察法)は心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対して適切な医療を確保し病状の改善を図り、再び重大な他害行為を繰り返さないよう社会復帰を促進することを目的に2003年7月に制定され、2005年7月に施行されました。その処遇の流れは①審判(入院又は通院の決定手続き)、②指定入院医療機関による医療、③地域社会における処遇です。

- Q 1 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体系とは？
A 法律の体系は6章、121条です(資料1)。

12

13

(資料1)

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律

第1章 総則

目的及び定義(1条・2条)

裁判所(3条~15条)

指定医療機関(16条~18条)

保護観察所(19条~23条)

第2章 審判

通則(24条~32条)

入院又は通院(33条~48条)

退院又は入院継続(49条~53条)

処遇の終了又は通院期間の延長(54条~58条)

再入院等(59条~63条)

抗告(64条~73条)

雑則(74条~80条)

第3章 医療

医療の実施(81条~85条)

精神保健指定医の必置等(86条~88条)

指定医療機関の管理者の課する措置(89条~91条)

入院患者に関する措置(92条~101条)

雑則(102条・103条)

第4章 地域社会における処遇

医療の実施計画(104条・105条)

精神保健観察(106条・107条)

連携等(108条・109条)

報告等(110条・111条)

雑則(112条・113条)

第5章 雑則(114条~116条)

第6章 罰則(117条~121条)

Q 2 医療観察法の目的とは？

A 医療観察法の目的は、心神喪失や心神耗弱の状態で殺人、放火、強盗などの重大な他害行為を行った者に対して必要な医療を確保し病状の改善を図り、再び重大な他害行為を繰り返さないよう社会復帰を促進することです(1条1項)。

Q 3 重大な他害行為とは？

A 重大な他害行為とは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ(これらの行為は未遂を含む)、傷害(軽微なものは対象にならないこともある)です(2条2項)。

Q 4 心神喪失、心神耗弱とは？

A 精神の障害のために善悪の区別がつかなかったり、行動の制御ができなかったりするために刑事責任を問えない状態で、全く責任を問えない場合を心神喪失といい、限定的に責任を問える場合を心神耗弱といいます(2条3項)。

14

15

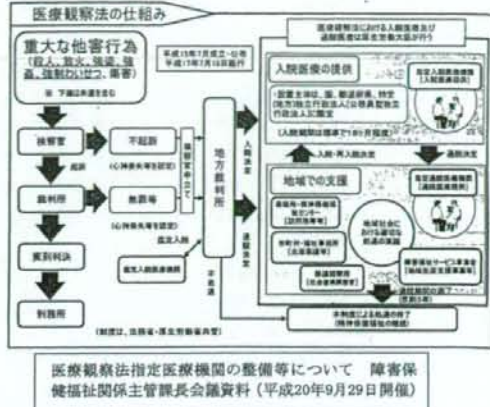
Q 5 医療観察法の対象者とは？

A 心神喪失または心神耗弱の状態で重大な他害行為を行ったが、①心神喪失または心神耗弱と認められ不起訴処分になった人、②心神喪失を理由に無罪の裁判が確定した人、③心神耗弱を理由に刑を減刑する旨の裁判が確定した人（実刑に服する人は除く）（2条3項）について、検察官が地方裁判所に医療観察制度の要否や内容決定を申立て（33条1項）した人が対象者です。

Q 6 医療観察法の処遇の流れとは？

A 医療観察法の処遇の流れは①検察官申立て、②審判（入院又は通院の決定手続き）、③指定入院医療機関による医療、④地域社会における適切な処遇（指定通院医療機関による医療等）の実施です（図1 医療観察法の仕組み）。

図1 医療観察法の仕組み



Q 7 検察官による申立てとは？

A 検察官が、被疑者が対象行為を行ったこと及び心神喪失者若しくは心神耗弱であることを認めて不起訴処分をした、または無罪等の確定裁判があった時は、医療観察法により処遇を行う必要が明らかでないとする場合を除き地方裁判所に処遇の要

否（42条2項）を決定することを申立てしなければなりません（33条第1項）。検察官は不起訴処分を行うと同時に対象者に対する適切な処遇決定を求めて申立てをすと思われず。

医療観察法の申立てをした場合には、原則として精神保健福祉法25条検察官通報の対象としません。

Q 8 鑑定入院とは？

A 対象者について検察官による地方裁判所への申立てが行われると審判が開始し、裁判所から鑑定入院命令（34条1項）が出され、対象者は裁判官の指定する医療施設に入院して裁判所が鑑定を命じた医師（鑑定医）による鑑定を受けます。鑑定医は対象者の病状に基づき医療観察法による入院医療の必要性に関する意見を付した鑑定書を裁判所に提出します（37条3項）。

鑑定入院期間は鑑定入院命令執行日から原則2か月です。ただし裁判所により、必要があると認められるときは、1か月を超えない範囲で延長することができます（34条3項）。鑑定入院期間中に鑑定が実施されますが、鑑定書が提出された後も、審判で処遇の決定があるまで、対象者は鑑定する医療機関に

とどまらなくてはなりません。

Q 9 対象となる人の入院や通院の決定の手続とは？

A 対象となる人の入院や通院は、地方裁判所で行われる審判で決定します。裁判所では裁判官と精神科医（精神保健審判員、6条）、各一名からなる合議体（11条1項）により専門性を生かし審判が行われます。必要に応じて精神保健参事員（精神保健福祉の専門家、15条）の意見も聴き審判を行います。裁判所の求めで保護観察所の社会復帰調整官（20条1項）による対象者の生活環境の調査（38条）が行われます。

審判において対象者について法律に基づく医療を受けさせる必要があると認められる場合には入院決定（42条1項）または通院決定（42条2項）のいずれかの決定がなされます。対象者は決定された医療（43条1、2項）を受けなければなりません。また医療観察法による医療を行わない旨の決定（不処遇、42条3項）の時は、一般の精神医療等を受けることになります。

Q 10 指定入院医療機関による医療とは？

A 対象者に対して精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療が行われます(81条1項)。指定医療機関では診察、薬剤治療、医学的処置、療養上の管理・看護、移送等(81条2項)を行います。入院決定を受けた対象者は、厚生労働大臣の指定する指定入院医療機関に入院して専門的な医療(入院医療)を受けなければなりません(43条1項)。治療は医療観察法病棟で行います。入院処遇ガイドラインでは標準的な治療期間として急性期3か月、回復期9か月、社会復帰期6か月の計1年6か月間の入院期間を想定しています。入院中の対象者については社会復帰促進、退院地確保を図るために保護観察所の社会復帰調整官による生活環境の調整(19条2項)が行われます。退院時は、指定入院医療機関の管理者が裁判所に対して保護観察所の長の意見を付して退院の許可の申し立て(49条1項)し、裁判所の退院許可決定が必要です(51条)。入院を継続する場合は指定入院医療機関の管理者が6ヶ月毎に裁判所に申立て、入院継続決定(49条2項)を受ける必要があります。

20

面接など守るべき事項(107条)があります。また精神保健観察中に病状が悪化し入院が必要になった場合は、精神保健福祉法による入院ができます(115条)。

Q 12 社会復帰調整官とは？

A 社会復帰調整官は医療観察法により新たに保護観察所に設置された官職です(20条)。精神保健福祉士や精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を持つ者で、19条における生活環境の調査(38条)・調整(101条)、精神保健観察(106条、107条)、ケア会議開催や関係機関相互間の連携確保(108条)やコーディネート、対象者の社会復帰支援等の要として重要な役割を担います。そして対象者一人ひとりの医療、精神保健観察、援助の処遇が適正かつ円滑な実施を進めます。

ケア会議を開催し指定通院医療機関、市町村、精神保健福祉センター、保健所、精神障害者社会復帰施設等の関係機関と協議して処遇の統一、関係機関それぞれの役割分担を明確にし処遇の実施計画を作成し、実施計画が機能するために関係機関相互の連携を図ります。対象者本人とその保護者も基本的

22

Q 11 地域社会における処遇とは？

A 当初審判で通院決定を受けた対象者(42条2項)、あるいは裁判所による退院許可決定を受けた対象者(51条2項)は、地域において指定通院医療機関において入院によらない医療(通院医療)を受けることになります。そして医療観察制度では指定通院医療機関は正当な理由がない限り入院によらない医療の提供をしなければなりません(82条)。一方、対象者には医療を受ける義務があります(43条2項)。地域社会における処遇において、社会復帰調整官は継続的な医療の確保、精神保健観察と生活援助を行い、同時に関係機関相互の連携確保を図ります。ケア会議の開催は社会復帰調整官が行い保健所など関係機関間の処遇方針の統一、処遇実施計画作成・見直し、情報共有、対象者の支援方法などの協議が行われ、処遇に必要な事項が決定されます。社会復帰調整官は地域処遇の期間中の対象者に対して精神保健観察を行い、継続的な医療の確保、生活状況を見守り、生活等の指導を行います。保健所の保健師は社会復帰調整官と連携し訪問による生活支援等を行います。

対象者は居住地を届け出ることや保護観察所の

21

にケア会議に出席して実施計画について意見や希望を述べることができます。全国には、地方裁判所に対応して保護観察所(社会復帰調整官室、3か所の支所含む)は53か所あります。

Q 13 医療観察制度による処遇の終了とは？

A 対象者が地域社会における処遇を受けている期間は、裁判所の退院許可決定または通院決定を受けた日から原則3年間です(44条)。ただし、その期間満了前であっても保護観察所(54条1項)または対象者本人等(55条)からの申立てにより裁判所において処遇終了決定を受けた場合(56条1項)は、医療観察制度による処遇は終了します。

処遇終了決定や通院期間満了により地域社会における処遇が終了した場合、一般の精神医療や精神保健福祉サービス等への移行が通例です。処遇の終了に当たっては本人の希望を踏まえ、精神医療、精神保健福祉サービス等が確保されるよう関係機関が相互に協議することが大切です。

23

II 裁判所

Q 14 裁判所の評決とは？

A 裁判官と審判員の合議体からなる裁判所が構成され処遇事件を取り扱います（11条1項）。合議体の構成員である裁判官は、裁判長とみなします（12条1項）。

出来るだけ早い段階から裁判官と審判員が処遇の進め方や見直し等取扱い方針を評議しておく必要があります。裁判官は評議の開催、議論の整理を行い（12条2項）、評議においては法律に関する学識経験に基づき意見を述べます（13条1項）。審判員は精神障害者の医療に関する学識経験に基づき意見を述べます（13条2項）。保護観察所の長による対象者の生活環境調査とその結果報告、審判期日の開催等を行い、評議、評決を行います。

合議は、医師による医学的判断及び裁判官による法的判断が偏ることなく対象者にとって最も適切な処遇を決定する仕組みです。対象者に係る入院等の決定の評決は、対象者の生活環境を考慮し鑑定を基礎としなければなりません。裁判所が指定した精

神保健参与員（15条1項）は対象者の処遇についての意見を述べます。対象者の処遇は、裁判官と審判員が対象者の生活環境と鑑定を基礎に意見交換、評議を経て、その意見の一致したところで評決されます（14条）。

Q 15 裁判官とは？

A 検察官の申立てを受理した地方裁判所の裁判官は、検察官から提出された関係資料（25条1項）を検討し、鑑定入院質問の手続き、鑑定入院命令、鑑定入院命令で指定された医療施設への対象者搬送の手続きを迅速に行います。また対象者が任意に地方裁判所に出頭した場合は直ちに鑑定入院質問の手続きを行います。対象者を出頭させるための呼出状や緊急時間行状（26条）の準備も検討します。

裁判所は、対象者の権利、利益を擁護する弁護士である付添人を選任（30条1項）できます。審判員が任命されると出来るだけ早く審判員と処遇事件の取扱い、見直し等について意見交換、評議を行います。評議の事項は鑑定、生活環境調査、審判期日（31条）の開催、審判期日の運営等です。事実の取調べ関係は裁判官のみで行います。評議については、

裁判官は法律に関する学識経験に基づき意見を述べ、審判期日においては審判を指揮します。

Q 16 精神保健審判員（審判員）とは？

A 厚生労働大臣は精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師（精神保健判定医）の名簿を最高裁判所に送付し、地方裁判所は名簿記載者の中からあらかじめ選任した者を処遇事件ごとに精神保健審判員として任命します（6条1項）。精神保健審判員は、対象行為を行った際の精神障害を改善し同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進させるために、医療観察法による医療を受けさせる必要性の判断及び入院・通院・退院・入院継続・再入院・医療の終了などについて精神障害者の医療に関する学識経験に基づき意見を述べます。審判員の身分は非常勤の裁判所職員であり特別職の国家公務員になります。平成20年12月1日現在、874名の精神保健判定医が推薦されています。

Q 17 精神保健参与員とは？

A 厚生労働大臣は、政令の定めにより、毎年、地方裁判所ごとに精神保健福祉士などの精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者の名簿を作成します。その中から地方裁判所が選任した者を、処遇事件ごとに裁判所が指定します（15条1項）。平成20年12月1日現在、714名が推薦されています。

Ⅲ 医療観察制度に携わる関係機関の役割

医療観察法は心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対して適切な医療を確保し病状の改善を図り、再び重大な他害行為を繰り返さないよう社会復帰を促進することを目的に①審判(入院又は通院の決定手続き)、②指定入院医療機関による医療、③地域社会における処遇についてそれぞれの関係者、関係機関には役割があります。

Q 18 地域社会における処遇に携わる関係機関の共通の役割とは？

A 保護観察所で行う生活環境の調査(38条)・調整(101条)及び精神保健観察(106条)に係る事業への照会(22条)や資料提供(23条)に応じます。地域社会における処遇の実施に関して保護観察所の要請に応じ協力します。関係機関は、処遇の実施計画(104条)の作成と見直し、実施計画に基づく処遇の実施(105条)、ケア会議(104条)への参加、関係機関等との緊密な連携確保など処遇を実施する上で必要な情報の共有化等を図ります(108条)。

28

地における生活環境の調整を実施し、継続的な医療確保と指導のための地域社会における処遇、通院医療中の精神保健観察を行います(19条)。保護観察所の長による各種申立ては処遇の終了(54条1項)、通院期間の延長(54条2項)、通院期間中の入院(59条)があります。これらの申立ては指定通院医療機関と協議するとともにケア会議の関係機関等の意見を聴取し慎重に行います。保護観察所は医療観察法による処遇終了に当たり対象者が引き続き医療、援助が受けられるよう都道府県・市町村等の精神保健福祉関係機関と適切に引き継ぎを行う必要があります(108条)。

Q 21 都道府県の役割とは？

A 都道府県関係機関が行う処遇の実施状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定めるなど必要な調整を行います。都道府県主管課、精神保健福祉センター、保健所等の都道府県関係機関の果たすべき役割の明確化と分担を明らかにします(108条)。

30

保健所においては、日頃から保護観察所の社会復帰調整官との連絡、情報交換、協力が大切です。

Q 19 法務省と厚生労働省の役割とは？

A 医療観察制度は法務省と厚生労働省の共管です。両省は医療観察制度の円滑な運用の確保に努め、連携して指定医療機関の指定状況や保護観察所による関係機関相互間の協力体制の整備状況など、地域社会における処遇の実施体制についての情報を共有します。地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県、市区町村等の関係機関相互の連携協力が円滑に出来るよう具体的方策を講じます。地域処遇の運用状況についての情報を共有するとともに、常に評価を行い、必要に応じて地域処遇のガイドラインの見直しを行います。処遇の実施において支障を生じた場合には、速やかに協議し対応策を講じます。

Q 20 保護観察所の役割とは？

A 当初審判の段階から一貫して対象者に関与する立場にあります。保護観察所は裁判所の求めに応じて生活環境の調査を行い、医療観察法による入院医療を受けている対象者について退院後の居住予定

29

Q 22 精神保健福祉センターの役割とは？

A 都道府県・市区町村が行う精神保健福祉サービス等の援助、医療観察制度で行われる地域精神保健福祉活動に関する業務の支援(技術援助、教育研修等)を行います。精神保健福祉相談、デイケア等のリハビリテーション機能を生かし、対象者及びその家族の支援を行います。

処遇終了後の一般の精神医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑に移行できるようにします。

Q 23 保健所の役割とは？

A 生活環境の調査への照会に応じます(22条)。ケア会議等に参加して対象者処遇の実施計画策定(104条)、地域処遇の実施計画に基づいた処遇の実施(105条)、関係機関との情報交換や連携(108条)などにより対象者の円滑な社会復帰を支援します。指定通院医療機関や訪問看護ステーション、障害者社会復帰施設との連携、情報交換や場合によっては社会復帰調整官と同行し対象者や家族を訪問し信頼関係づくりに努めます。社会復帰調整官を始めとする地域の関係機関との情報交換、連携が重要です。地域精神保健福祉の立場から対象者の相談に応

31

じ、訪問指導等の地域ケアを行います。対象者の家族からの相談あるいは支援を行い、また地域住民からの相談の窓口として対応を行います。

緊急的な介入が必要な場合、精神保健福祉法に基づく医療の確保、移送のため、関係機関と連携します。地域処遇終了者に対する精神保健福祉サービス提供、継続的な医療の確保、日常生活の相談など様々な支援を行います。

Q 24 市区町村の役割とは？

A 精神保健福祉サービスの利用の窓口となり、幹旋、調整を行います。保健所などの関係機関及び精神障害者社会復帰施設等との連携（104条）と処遇状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定めるなど必要な調整を行います。

対象者が障害者自立支援法における福祉サービス利用（相談、申請受理、障害区分判定、生活状況調査、サービス利用意向聴取、支給決定など）を支援します。

会復帰出来るよう入院当初から退院に向けた取組みを継続的に進めます。病棟内ケア会議には、社会復帰調整官、都道府県主管課、精神保健福祉センター、事例によっては保健所等の関係機関も会議に参加します。

Q 28 指定通院医療機関とは？

A 厚生労働省令で定める基準に適合する病院、診療所、薬局について、開設者の同意を得た病院を厚生労働大臣が指定します（16条2項）。地域における処遇を受ける対象者に対して継続的な通院医療を実施します（81条）。また保護観察所と連携して対象者に必要な援助等、保護者や関係機関との連絡調整を行います。

さらに病院又は診療所に準ずる機関として、指定訪問看護事業者等の事業者（医療観察法施行令第1条）が指定通院医療機関と連携して行う訪問看護ステーションがあります。

Q 29 精神障害者社会復帰施設の役割とは？

A 個別の事例に応じて地域処遇に携わる関係機関との連携・協力関係に基づく精神保健福祉サービス

Q 25 福祉事務所の役割とは？

A 対象者の生活保護受給の対応を行います。必要に応じ、地域福祉のコーディネーター役である社会福祉協議会への協力を求め、連携して必要な福祉サービスを行います。必要に応じて民生委員の協力を得るための連絡調整を行います。

Q 26 鑑定入院医療機関とは？

A 裁判所から鑑定入院命令が出され、対象者は裁判官の指定する医療施設（鑑定入院医療機関）に入院して裁判官が鑑定を命じた医師による鑑定を受けます（34条1項）。鑑定入院期間は原則2か月です（34条3項）。平成20年12月1日現在、鑑定入院医療機関の推薦数は251か所あり、国及び都道府県の医療機関53か所、その他の医療機関198か所です。

Q 27 指定入院医療機関とは？

A 国、都道府県、特定独立行政法人等が開設し、厚生労働省令で定める基準に適合し、開設者の同意を得た病院を厚生労働大臣が指定します（16条1項）。病状に応じて専門病棟に入院した対象者に対して専門的な医療を提供します（81条）。また円滑に社

の提供を行います。処遇の実施計画における援助の内容作成に関与します。障害者自立支援法に基づく障害者福祉サービス事業者は個々の対象者に応じて相談、就労支援、自立訓練などのサービスを提供します。

Q 30 警察署の役割とは？

A 緊急的な医療を要する場合の保護や措置通報を行う場合には、必要に応じて警察の協力を求めます。対象者が行方不明になったときは、裁判所は所轄の警察署長に対象者の所在の調査を求めることができ、警察官は対象者を発見したときは、直ちに、その旨を裁判所に通知します。

Q 31 平素の連携体制とは？

A 保護観察所、指定入院医療機関、指定通院医療機関、精神保健福祉センター、保健所、都道府県主管課、市区町村主管課等の医療観察制度の関係機関は、日頃からケア会議参加や各種会議への参加、協力を行います。特に保護観察所の社会復帰調整官との連絡、情報交換、協力は大切です。

IV 審判に係わる事項

審判の処遇決定に応じて対象者が速やかに入院医療又は通院医療が受けられるよう事前準備が進められます。

Q 32 対象者が医療を受ける指定入院医療機関の選定準備とは？

A 指定入院医療機関選定の準備は、地方厚生局が裁判所の決定に先立ち、原則として出来るだけ対象者の居住地に近い指定入院医療機関と事前調整し、入院決定があった場合には指定入院医療機関を速やかに選定できるよう、予め内定します。

Q 33 生活環境の調査とは？

A 保護観察所は裁判所から命じられた項目を中心に対象者の住居や家族の状況、利用可能な精神保健福祉サービスなど生活を取り巻く環境の状況を調査します。項目は居住地、収入・経済的自立度・健康保険等の経済状況、家族の状況と協力の意思の有無・程度、地域の状況、地域住民等の協力の可能性

の有無・程度、本件に至るまでの生活と過去の治療、想定される指定通院医療機関、利用可能な精神保健福祉サービス等、地域社会における処遇を実施する上で特に留意すること、その他対象者の生活環境に関する状況などです。

調査は社会復帰調整官が対象者本人や家族などの関係者面談、関係機関照会などにより行います。地方厚生局、指定医療機関、都道府県、市区町村等の関係機関は保護観察所の求めに応じて対象者に関する情報提供、意見照会への回答など生活環境の調査に協力します。生活環境調査に当たっては、必要に応じて対象者の同意を求めます。

Q 34 生活環境の調査結果の報告とは？

A 保護観察所が裁判所に対して生活環境の調査結果を報告するときは、必要に応じて地方厚生局、指定医療機関、都道府県、市区町村等の関係機関と協議し、関係機関の意見を踏まえて当該居住地において継続的な医療が確保できるかに関する意見を提出します。調査結果は、医療観察法による処遇の要否等を判断する際に考慮されます。

また地方厚生局、指定医療機関、都道府県、市区

町村等の関係機関等は調査結果の報告について保護観察所に意見を述べることができます。

Q 35 審判期日とは？

A 審判のため必要があると認めるときは、審判期日を開くことができます(31条1項)。審判の指揮は裁判官が行いますが、精神障害者の精神障害の病態に応じて必要な配慮をしなければなりません(31条4項)。審判には対象者の出席が必要です(同8項)。裁判所は指定医療機関(病院または診療所)の管理者、医師、保護観察所の長、社会復帰調整官は審判期日に出席することを求めることができます(同5項)。また精神保健福祉法21条の保護者及び付添人は出席することができます(同6項)。審判は公開しません(31条3項)。

Q 36 審判期日の当日、対象者の出席とは？

A 対象者が審判期日に出席しないときは、審判を行うことができません(31条8項)。しかし対象者が心身の障害などのために出席できない場合は付添人が出席しているときは審判を行うことができます。また審判期日は裁判所外においても開くことが

きます(31条9項)。

Q 37 対象者の権利擁護とは？

A 対象者の権利擁護として、検察官の申立てによる当初審判では、必ず弁護士である付添人を付けることとされ、審判では対象者本人や付添人も意見陳述や資料提出ができます。

Q 38 付添人とは？

A 対象者及び保護者は、対象者の人権保護の観点から弁護士を付添人に選任できます(30条1項)。また裁判所は、対象者に付添人がない場合には、職権で弁護士である付添人を付けることができます。対象者が審判期日に出席しないときは審判を行うことができませんが、付添人が出席している時は審判が行われます(31条8項)。

Q 39 被害者等の審判期日の傍聴とは？

A 裁判所は、被害者等からの申出があるときは、申出をした者に対して審判期日に審判を傍聴することを許すことができます(47条1項)。当然、傍聴した者は対象者の身上を漏らしてはならない、かつ

医療の実施や社会復帰を妨げたり、関係者の名誉や生活を害する行為をしてはなりません。

Q 40 被害者等に対する通知とは？

A 裁判所は、申立ての却下や入院等の決定をした場合には、対象行為の被害者等から申出があるときは適当と認められれば対象者の氏名及び住所、決定の年月日、主文及び理由の要旨を通知します（48条1項）。通知を受けた者は、対象者の身上を漏らしてはならない、かつ医療の実施や社会復帰を妨げたり、関係者の名誉や生活を害する行為をしてはなりません。

40

（指定入院医療機関）

全国で720床程度（国関係420床、都道府県関係300床）を目標として整備を進めています。人口500万人あたり1か所程度が当面の確保目標です。

(1) 国関係 精神専門病院13か所を指定し382床が稼働中です。総整備病床数は465床（予定）。

表1 指定入院医療機関

稼働中の指定入院医療機関	病床数	病棟開棟
①国立精神・神経センター病院（東京都）	33床	平成17年7月15日
②国立病院機構花巻病院（岩手県）	33床	平成17年10月1日
③国立病院機構東尾張病院（愛知県）	33床	平成17年12月1日
④国立病院機構肥前精神医療センター（佐賀県）	33床	平成18年1月1日
⑤国立病院機構北陸病院（富山県）	33床	平成18年2月1日
⑥国立病院機構久里浜アルコール症センター（神奈川県）	33床	平成18年4月1日
⑦国立病院機構さいがた病院（新潟県）	33床	平成18年4月1日
⑧国立病院機構小諸高原病院（長野県）	17床	平成18年6月15日
⑨国立病院機構下総精神医療センター（千葉県）	33床	平成18年10月10日
⑩国立病院機構琉球病院（沖縄県）	17床	平成19年2月1日
⑪国立病院機構菊池病院（熊本県）	17床	平成19年9月3日
⑫国立病院機構榊原病院（三重県）	17床	平成19年10月15日
⑬国立病院機構賀茂精神医療センター（広島県）	33床	平成20年6月24日

42

V 指定医療機関

厚生労働大臣は指定入院医療機関及び指定通院医療機関の指定を行い（16条1項、2項）、入院決定を受けた対象者は指定入院医療機関において、通院決定を受けた対象者は指定通院医療機関において医療を受けなければなりません（43条1項、2項）。

Q 41 指定医療機関の指定とは？

A 厚生労働大臣が指定する指定医療機関において対象者に対して医療観察法による医療を行います。①指定入院医療機関は、国、都道府県または特定（地方）独立法人が開設する病院から指定され、人員配置基準と施設基準等が定められています。②指定通院医療機関において、裁判所から退院決定または通院決定を受けた対象者が医療の提供を受けます。指定通院医療機関は、一定水準の医療が提供できる病院、診療所や薬局から指定されます。

Q 42 指定医療機関の整備状況とは？

A 平成20年12月の整備状況です（表1）。

41

(2) 都道府県立病院 全ての都道府県において整備を目指しています。55床が開棟済みです（表2）。総整備病床数は183床（予定）。

表2 指定通院医療機関

稼働中の指定入院医療機関	病床数	病棟開棟
①岡山県精神科医療センター	33床	平成19年10月1日
②大阪府立精神医療センター	5床	平成19年9月7日（将来33床）
③長崎県立精神医療センター	17床	平成20年4月1日

（指定通院医療機関）

地域の機関医療機関として人口100万人に概ね2～3か所、各都道府県に最低2か所確保を目標にしています。平成20年12月1日現在、国および都道府県53施設、その他271施設の計324施設が指定されています。

Q 43 指定入院医療機関の役割とは？

A 指定入院医療機関の役割は、入院医療の提供と意見提出や申立て手続き、地元自治体との連携等があります。（イメージ図2は指定入院医療機関運営ガイドラインの図を改変）

43