

遣されるというものである。

もう一つは、地方医学・心理学サービス service medico-psychologique régionale; SMPR である。これはフランス全土に 26 施設ある。一般精神医療におけるセクトゥールとは別に、刑務所を地方ごとに分け、当該地方の精神科的ケアを統括するものとして設置されている。SMPR は、必ずしも我が国の医療刑務所のイメージではない。たとえば、今回調査した Caen の施設においては、性犯罪者に対する認知行動療法等のアプローチがなされていた。

(2) UCSA や SMPR を含めて、刑事施設内では強制治療を行うことは許されないものと考えられている。そこで、現在のところ、強制治療を必要とする場合には、UMD に措置入院を行うしかない。前述のように、UMD に刑事施設から移送された者が収容されているのは、以上の事情による。

この点について、2002 年 9 月 9 日法によって、矯正医療の体制が大きく変革される。これによれば、病院施設の隣に、UHSA と呼ばれる施設が新たに設置される。この施設は、セキュリティーについては刑務所に準じたものであるが、あくまで治療施設として設置される。したがって、強制治療を実施することも可能である。入院形態としては、措置入院のほ

か、自由入院によることもあり得る。自由入院の場合には、治療を受けるか否かは自由であるが、身柄が自由であるわけではない。入院形態の如何に関わらず、収容機関は刑期に参入される。2002 年 9 月 9 日法は 2010 年に施行される予定であり、今後は、UMD に移送されている受刑者等は、UHSA で処遇されることになるものと考えられる。なお、身体疾患について、同様の施設が既に設置されているところである。

(3) 今回調査した Caen 刑務所は、刑務所全体が性犯罪者の処遇に特化している。このような刑務所はフランス全土に 10 カ所あるという。前述のように、この刑務所は SMPR を併設しているが、同刑務所の収容者のすべてが SMPR の処遇を受けているわけではない。なお、同刑務所に併設された SMPR は、訪問当時は態勢の整備が十分でないため、入院処遇を行っていなかった。

E 結論

1. フランスにおいては、特に性犯罪者の処遇を中心として、社会の保安を特に重視する傾向が強まっている。この流れから、従来フランス法において拒絶されてきた保安処分が正面切って導入されるに至った。司法留置の保安処分、さらにはこれに先行する諸施策において、処遇導

入の要件である対象者の危険性評価に、精神医学者が当たることが求められている。フランスの精神医学会においては、たとえば性犯罪者の治療や再犯危険性の評価は必ずしも精神医学の対象でないと考えられているようであるが、実際問題としてこれらの課題に当たることができる専門職が、精神医学者においてほかにないことをも示しているといえよう。

我が国の医療観察法は保安処分ではない。しかし、そのことは、社会に対して「危険」な受刑者等に対して何らの施策をも要さないことを意味しないものと考えられる。また、性犯罪等の受刑者であっても、精神科的アプローチで改善できる余地があるのであれば、それを実際の処遇に適用する可能性を検討しなければならない。フランスと我が国とでは問題をめぐる社会状況を大きくことにしているが、フランスの取り組みが我が国の将来の在り方の一つの示唆になりうるだろう。

2. とりわけ、受刑者に対する精神医療を考えるに当たって、フランスの制度は我が国の在り方に重要な示唆を与えよう。我が国においては、医療刑務所以外に、十分な精神医療を受刑者に与える態勢は整備されていないといってよい。しかし、国連準則に明記されているように、精神障害者は、どこにしようとも精神医療に

アクセスする権利を有するはずであり、我が国のこの点の態勢整備は重要な課題である。

フランスの取り組みから明らかであるように、刑事施設における強制治療は許されないというのが、国際的な潮流である。この観点からするならば、たとえ医療刑務所を増設したとしても、我が国の問題は必ずしも解決しない。現状においては、刑務所外における精神障害受刑者の受け皿としては医療観察法の指定病棟しか存在しないのが実情であろう。したがって、将来的には、受刑者を医療観察法の指定病棟に、必要な機関移送し、そこでの治療期間を刑期に参入できる制度を考慮すべきであろう。もちろん、フランスのように、このための新たな施設を病院内に設置する方向性も検討に値するものと思われる。

3. 従来の変更に、責任無能力者に裁判所命令による措置入院を行うという制度を、保安処分の一種として導入した背景は、必ずしも明らかではないが、迅速で確実な措置入院を実施することで、社会の保安要求を満たすという目的があったことは否定できないだろう。もっとも、この制度変更によって、触法患者への処遇の実務が変わっているわけでは、必ずしもないようである。

フランスのこの制度では、刑事手続に

において行われる鑑定を裁判所の入院命令の基礎とすることができる。我が国の制度において、鑑定が複数回なされることによる対象者への負担が問題視されており、この点への視差は大きいものと思われる。もっとも、フランスの場合、我が国同様に不起訴が広範に行われてはいるが、予審手続があるためにその過程には裁判所が関与している点は、検察官だけで不起訴処分を行う我が国と前提を異にしていることに留意する必要がある。

4. フランス流の処遇困難者病棟を設置すべきかは別としても、一般精神医療において処遇上特に配慮を要する一群があることについて、問題状況が道下研究の時代から改善しているとはいえない。したがって、このグループへの処遇の在り方は、医療観察法施行後もなお問題として残されている。この点を検討するに当たって、フランスの制度の在り方は、重大な示唆を与える。他方、フランスでは公的医療は徹底したセクター制を敷いている点、また、我が国よりも一般精神医療の入院セクター全体がずっと小さいという点には留意する必要がある。

なお、フランスにおける裁判所命令による措置入院では、一般精神科病院が対象者を受入れることが実際上困難であるため、処遇困難者病棟がこれを受入れざるを得ない状況にあるようである。我が

国で今後精神病床数の減少を進め、一般精神科病院の開放化をより推進しようとするときに、一般精神医療にどの程度の役割を残すべきかは、慎重に検討しなければならないように思われる。

5. フランスの社会内司法追跡及び司法監視の措置の一環として、裁判所が治療命令を課すことがありうるが、これはうまくいっていないようである。その要因として、この制度はコーディネーター医による処遇の統括を予定しているが、そのコーディネーター医を確保するのが困難であるという事情があるようである。

これらの処分は、我が国の医療観察法の通院処遇とはその実質的内容を異にするものと考えられるが、地域内処遇においてコーディネーターの役割を果たす専門職の重要性を改めて示したものといえよう。我が国においても社会復帰調整官の配置の適正さが問題視されることがあるが、なお検討を続けなければならない課題であろう。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 山本輝之「心神喪失者等医療観察法施行後の課題」公衆衛生 73 巻 6 号 (2009 年) 433-437 頁

2) 山本輝之「最高裁平成19年7月25日
決定をめぐって」臨床精神医学38巻5号
(2009年)603-606頁

3) 山本輝之「医療観察法と判例の運用状
況」刑事法ジャーナル19号(2009年)2-10
頁

4) 柑本美和「医療観察法における再審の
可能性」臨床精神医学38巻5号(2009年)
609-612頁

5) 水留正流「医療観察法と刑事司法」臨
床精神医学38巻5号(2009年)523-528
頁

山本輝之「医療観察法の問題点」法と精
神医療学会第24回大会(2009年12月5
日、同志社女子大学)

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得

なし。

2. 実用新案登録

なし。

3. その他

なし。

以上

2. 学会発表

分担研究報告

司法精神医療に携わる精神保健参与員の
育成と確保に関する研究

三澤 孝夫

国立精神・神経センター

平成21年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

司法精神医療に携わる精神保健参与員の育成と確保に関する研究

研究分担者 三澤孝夫 国立精神・神経センター

研究協力者

- ◇宮本 真巳 東京医科歯科大学院(看護学)
◇伊東 秀幸 田園調布学園大学(社会福祉学) ◇上野 容子 東京家政大学(社会福祉学)
◇尾上 孝文 東京保護観察所 ◇金成 透 所沢慈光病院
◇柑本 美和 東海大学大学院(法学) ◇佐賀 大一郎 東京保護観察所立川支部
◇澤 恭弘 国立精神・神経センター病院 ◇重吉 大輔 千葉保護観察所
◇鈴木 慶三 高崎健康福祉大学(社会福祉学) ◇松坂 あづさ 千葉保護観察所
◇四方田 清 順天堂大学(社会福祉学) ◇高橋 理沙 筑波大学看護大学院(看護学)

レポート作成等協力

- ◇阿部 和弘 東京都立松沢病院 ◇有賀 絵美 国立病院機構久里浜アルコール症センター
◇石井 利樹 神奈川県立精神医療センター芹香病院 ◇今井 詩子 国立病院機構下総精神医療センター
◇岡部 正文 茨内地域生活支援センター ◇長船 浩義 函館保護観察所 ◇垣内 佐智子 高知保護観察所
◇神山 奈穂 東京都立松沢病院 ◇熊地 美枝 国立精神・神経センター病院
◇小林 ユミ 国立病院機構小諸高原病院 ◇佐藤 和弘 国立病院機構肥前精神医療センター
◇齋藤 由香里 国立病院機構東尾張病院 ◇菅原 資浩 福島保護観察所 ◇高木 善史 茨城県立友部病院
◇高崎 邦子 国立精神・神経センター病院 ◇高平 大悟 富山保護観察所 ◇鶴 真一郎 鹿児島保護観察所
◇野村 祥平 国立病院機構久里浜アルコール症センター ◇平間 涼一 山形保護観察所
◇牧野 香織 国立病院機構下総精神医療センター ◇前園 真毅 国立病院機構久里浜アルコール症センター
◇山田 竜一 群馬県立精神医療センター ◇柳瀬 一正 東京都立松沢病院

研究要旨

本研究では、最近の医療観察法審判における状況の変化も考慮し、精神保健参与員の業務を適切に行っていくための養成課程やその研修方法等を探っていく。また、精神保健参与員の研修方法の改善によって、人材の質向上と確保を図る、そして、精神保健福祉士の医療観察法制度下の司法精神医学業務への関心を高め、関与を容易にすることを目的とした制度、システムについての検討を行い、研修システムの改善等について関係団体とも協力し、具体的提言に繋げていく。

医療観察法では、個々の事例における決定内容等については、取り上げられ、報告されることも多かったが、その審判方法や審判関係者(裁判官、精神保健審判員、精神保健参与

員、検察官、付添人、鑑定医、社会復帰調整官など)の関わり等が、全国的に調査・報告されたことがなく、そのため、実際にどのように審判が執り行われているか、不明な点が多かった。特に、カンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日は、以前には同様のものが地方裁判所に無かったことから、参加者や回数、時間、またカンファレンスなどを行うかどうかも含めて、地域による特色や違いが大きい。

本研究の初年度では、このような状況にある医療観察法審判について、実際に行われているその方法や審判関係者の関わり等を、調査し、精神保健参与員の業務実態を明らかにすることで、その養成課程、研修方法等を探っていく。具体的には、まず、医療観察法の審判方法や精神保健参与員を中心とする審判関係者の関わり等について、各地域の審判関係者(裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、鑑定医、付添人等)に聞き取り調査を行い、全国的な審判等の状況を明らかにしていく。特に医療観察法審判の中で、重要視されてきているカンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日の施行状況などについて、聞き取り調査を行い、調査項目とその発言背景等も含めた詳細な実態を明らかにしていく。

次年度以降では、引き続き審判制度等についての実態調査を行っていくとともに、前年度で明らかとなったカンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日での精神保健参与員の関わり、業務実態に合わせて、精神保健参与員に必要な養成研修のあり方について検討していく。また、各地の関係機関や地方裁判所等で行われ始めている医療観察法関連の各種の事例検討や研修等、精神保健参与員の基礎資格となっている精神保健福祉士の養成課程における医療観察制度の教育方法・内容についても提言していく。

また、上記の調査による審判内容や精神保健参与員の業務実態等を踏まえ、精神保健参与員の各種の研修で教材として使用されている20年度の厚生科学研究「医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究」の精神保健参与員班で作成された「精神保健参与員ハンドブック」の改訂版を作成していく。

A. 研究目的

医療観察法は、その法施行から4年を経過し、審判方法や審判関係者の関わりが大きく変化してきている。法施行当初は、ほとんど行われていなかった当初審判のカンファレンス(審判期日前・後協議)の重要性が増し、現在では、ほとんどの都道府県で行われるようになってきている。また、法施行当初、非常に多かった当初審判の件数は、指定入院医療機関が全国各地に整備されことや、制度が成熟してきたこともあり、相対的に減少し、退院許可申立て審判、入院継続申立て審判の件数などが、増加している。

特に、退院許可申立て審判については、その重要性が、改めて認識されてきており、ほとんど行われていなかった退院許可申立て審判のカンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日の開催が、ここ数年で、全国的な広がりを見せ始めている。また、処遇終了審判についても、徐々に、その件数が増えてきている。

本研究の初年度では、このような医療観察法審判の状況の変化などにより、地方裁判所ごとに対応を模索していた心神喪失者等医療観察法の審判方法と精神保健参与員をはじめとする審判関係者の関わり等について、その実体を調査、分析して報告する。また、次年度以降は、審判全体の流れを検証し、より良い審判の方法とそれに関わる精神保健参与員の業務内容を明らかにしていく。そして、このような最近の医療観察法審判における状況の変化も考慮し、精神保健参与員の業務を適切に行っていくための養成課程やその研修方法等を探っていく。

B. 研究方法

審判方法と審判関係者の関わり等の調査については、各地域の地方裁判所、保護観察所、指定入院医療機関、指定通院医療機関、精神保健福祉士協会等の職能団体などの協力を得て、実際に関わった審判での精神保健参与員や裁判官、社会復帰調整官、指定入院医療機関、指定通院医療機関等の職員に対して、審判への関わり方等について直接(面接、電話などを通して)聞き取り調査を行う。また、審判関係者(裁判官、精神保健審判員、鑑定医、社会復帰調整官、弁護士)、その法律家等との意見交換を行い、広く必要な意見を求めていく。

聞き取り調査の対象の都道府県の選定については、調査結果がある地域に偏らないように配慮し、調査していく。全国各地域の人口分布を参考に「北海道・東北」「関東甲信越」「東海北陸」「近畿」「中国四国」「九州」(=地方厚生局管轄単位)に分け、それぞれより4~8箇所の都道府県を選定し調査していく。また、都道府県人口500万人以上の地域、300~200万人の地域、100万人以下の地域をバランス良く配分していく「調査対象都道府県と当該都道府県の当初審判件数【表A-3】」、「参考資料【表A-4】」。

そして、それらの選定された都道府県について、その地域の各審判関係者等から集中的、多面的に聞き取り調査を行うことで、その都道府県における『標準的な』審判状況の把握を行った。そして、都道府県ごとに『標準的な』審判状況へ集約し、全国的な医療観察法審判の状況をイメージできるよう、その調査結果を集計していった。

しかし、各地域における特殊な事例や例外的な事例における重要なもの、あるいは、それらの背景などについては、都道府県ごとの審判調査やその後に行われる調査結果の『標準的な』審

判状況へ集約、全国の状況把握のための集計の中で抜け落ちてしまう場合が多い。また、調査方法についても、調査項目だけのアンケート調査では、その発言内容の背景について、理解が難しい場合が多くある。

そのため、本研究班の調査では、例外的なケースについても、重要と思われるものについては、表の各項目の再掲部分などで取り扱うこととした。また、今回の調査では、調査項目だけを紙面等で送るアンケート調査ではなく、対面や電話等による直接の聞き取り調査の手法で行うこととした。そして、この聞き取り調査の利便性を生かして、調査項目とともに、その発言の背景などについて詳細に聞き取りを行い記録した。それらの内容等については、研究報告書内の「C&D.研究結果と考察」の中などで、調査項目の結果を補足する形で、聞き取り調査時の発言背景の情報等として、合わせて報告している。

また、医療観察法審判の具体的なイメージを想像しやすいように、当初審判と退院許可申立審判について、医療観察法審判の一般的なモデルを作成する。そのためには、各審判関係者や指定入院医療機関の職員等より実際に参加した審判について、「審判が行われるまで」「合議体の構成」「カンファレンスの実施状況」「審判期日等の状況」等の項目を定めたレポートを提出してもらい、多様な医療観察法の審判について、より具体的な審判実施状況の把握を行い、分類していく。そして、それぞれの項目について、当初審判と退院許可申立て審判に別け、幾つかの典型的な医療観察法審判のモデルを提示していく。

(倫理面への配慮)

本研究での調査内容は、医療観察法の審判方法と精神保健参与員をはじめとする審判関係者の関わり等に限定しており、審判での

個々人を特定する情報は、調査の対象となっていない。そのため、調査結果にプライバシー情報など、個々人を特定できる情報は入っておらず、本研究により、医療観察法の対象者などの個人の利益が損なわれるような可能性はなく、倫理上の問題はないと考える。

C&D. 研究結果と考察

■当初審判(検察官申立てによる審判)

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者であることを認めて公訴を提起しない処分を検察官がしたとき、又は、対象行為について、心神喪失者若しくは心神耗弱者であるため、確定裁判で自由刑を科せられなかった場合(無罪や執行猶予等)には、検察官は、医療観察法の申立てを行うことになっている(医療観察法 33 条)。対象者に対して、最初に行われる医療観察法の審判申立てとなることから、この後の地方裁判所での審判と一連の審判手続き等を「当初審判」ということが多い。

〔当初審判のカンファレンス〕

医療観察法では、当初審判における「審判期日」については、その開催が義務づけられている(医療観察法 31 条)。しかし、カンファレンス(審判期日前・後協議)については、そのような規定がないため、当初審判においても、法施行当初にはほとんど開かれていなかった。

筆者が以前の厚生科学研究において 2006 年 8 月に調査を行ったときも、当初審判におけるカンファレンスの開催は、調査対象 31 都道府県中 3 都道府県(9.7%)でしか行われておらず、まだ、当初審判自体が行われたことがない「不明(25.5%)」を除いても、20 都道府県(64.5%)の当初審判において、カンファレン

スが開かれてはいなかった。しかし、今回の2009年に行った調査「医療観察法施行以降の当初審判における**方法等の推移【表 A-1】**」では、調査対象37都道府県中、実に36都道府県(97.3%)で、当初審判のカンファレンスが開かれているという結果となり、隔世の感がある。

また、保護観察所の社会復帰調整官に行った「医療観察法施行以降の当初審判における**内容等の推移【表 A-2】**」の調査においても、法施行後当初審判から、2009年10月までの約4年間の傾向として、審判期日の内容は、ほとんど変わっていないとされているのに対して、カンファレンスについては、徐々に内容が充実してきていると感じている保護観察所の社会復帰調整官が、調査対象の27都道府県中、21都道府県(77.8%)もいる状況となっており、法施行から4年間を経て、カンファレンスが、質・量ともに徐々に充実してき傾向を伺うことが出来る。

当初審判におけるカンファレンスの回数「**1事件でのカンファレンス回数【表 B-1】**」では、1事件あたり、標準で1回とする都道府県が調査対象の25都道府県中10都道府県(40.0%)、2回とする都道府県が12都道府県(48.0%)と拮抗しており、当初審判のカンファレンスについては、全国的に二つの大きな開催方法があることがわかってきた。また、「カンファレンスの開催時期【表 B-2】」でも、多くの都道府県において、標準で審判期日前に開かれる(96.0%)結果となっている。また、聞き取り調査の中では、2回開かれるカンファレンスの内1回は、審判期日後に対象者の意見等を聞いてから開かれる審判期日後のカンファレンスの場合もあることが、報告されている(48.0%)。

また、「カンファレンスの時間【表 B-3】」では、表にあるとおり、「60分～90分未満」が一番多く、全体の6割(64.0%)に達したが、「30分～60分未満」の回答も多くあった(24.0%)。聞き取り調査の中の詳しい説明では、2回カンファレンスがある場合、1回目の顔合わせと状況説明のカンファレンスでは「30分～60分未満」のことが多く、審判期日前の2回目のカンファレンス、あるいは、審判期日後のカンファレンスにおいて「60分～90分未満」比較的長時間が行われることが多いなどの報告が多くあった。これは、通常、2回目のカンファレンスでは、鑑定医から鑑定書、社会復帰調整官から生活環境調査結果報告書が提出されてきており、その資料等により対象者についての本格的な処遇についての協議がなされることが多いからである。審判期日後のカンファレンスにおいても、上記のような関係資料が既に提出されている状況であり、また、審判期日に対象者の意見を聞き取っているため、対象者の処遇や決定について本格的な協議が行われる環境が整っているため、カンファレンスにおいて本格的な協議が行われ、長時間かかるとの説明であった。

また、「カンファレンスの参加者【表 B-4】」では、合議体である裁判官、精神保健審判員の参加が100%であるのは当然とし、【標準として】の但し書きは付くが、精神保健参与員とともに、社会復帰調整官、付添人などは、通常、審判のカンファレンスでは、ほぼ参加している状況となっている。しかし、このような、ほとんどの審判関係者が参加している中で、鑑定医のみ、明らかに参加が少ないことは、非常に目立っている。

聞き取り調査の中では、鑑定医が、ほぼ全ケースのカンファレンスに参加している都道

府県があるという報告がある一方、鑑定医の参加が全くない都道府県もあり、都道府県ごとにその状況が大きく違っている。本来、鑑定医は、鑑定書の作成が、この審判での業務であり、鑑定医のカンファレンスへの参加は、特に想定されていなかった。そのため、今回の聞き取り調査においても、現在は、参加しているが、初期のカンファレンスでは、ほぼ参加していなかったと報告された都道府県も多かった。

しかし、鑑定医のほぼ参加しているカンファレンスに参加者している方々への聞き取り調査の中では、精神保健参与員をはじめとして、聞き取り調査を行った多くのカンファレンス参加者が、鑑定医の参加の重要性を指摘していた。医療観察法の審判においては、審判期日前に対象者に会うことは、ほとんど無いため、対象者の状況については、実際に面会や診察している社会復帰調整官や鑑定医の情報が重要になる。特に当初審判については、対象者の治療反応性や疾病性が重要となることが多く、また、鑑定書の記載について、鑑定医と直接、質疑を行いたい場合も多くあるため、鑑定医の出席は、重要となる場合が多いとのことであった。

〔当初審判の審判期日〕

当初審判の審判期日については、「医療観察法施行以降の当初審判における内容等の推移【表 A-2】」にあるように内容的には、法施行当初とあまり変わっていないようである。「1事件での審判期日の回数【表 C-1】」は、標準で1回という調査結果となっているが、聞き取り調査の段階でも、例外的に2回開かれたという報告は、一例しかなかった。そのため、審判期日について、2回以上開かれることは、

極めてまれと考えて良いであろう。

「審判期日の時間【表 C-2】」については、「30分～60分未満」(48.0%)と「60分～90分未満(40.0%)」と、ほぼ拮抗している。聞き取り調査においては、カンファレンスを二度行っている都道府県において、審判期日が短い「30分～60分未満」の報告が多く、カンファレンスが一度の場合、審判期日が長め「60分～90分未満」となる傾向が見られた。ただ、場合により長くなる審判期日「90分以上」は、非常に稀ではあるが、地域限定ではなく、ある程度広い地域に存在している。この表の中でも、「120分以上を超える時がある【再掲】」など、非常に長時間の審判期日も、2例報告されている。

「審判期日における対象者の参加【表 C-3】」については、医療観察法の31条に『対象者の参加がないときには、審判期日を開催できない』旨の規定はあるが、一方で『対象者が心身の障害のため出席できないときは、付添人の出席でたり得る』という例外規定があるため、調査項目に加えた。精神保健参与員の業務にとって、対象者に会い、直接、その意見を聞くことのできる「審判期日」は、極めて重要な場面である。そのため、その実態を把握しておくことは、今後の精神保健参与員の育成、研修制度等の開発に有効であると思われるからである。

結果的には、調査対象とした都道府県すべてで「対象者は、ほぼ必ず参加する」との回答であった。このような結果から審判期日において、精神保健参与員は、ほとんどの場合、対象者が参加していることを想定して審判に関わっていくことができようである。例外として、「対象者の病状等の問題で参加できなかったことがある」2都道府県で、2例のみ報

告されているが、聞き取り調査の中では、いずれの理由も、地方裁判所への移送の難しさであった。

しかし、一方で、「対象者の病状等の問題で、鑑定医療機関内で審判期日が行われたことがある(対象者は参加)」は、6都道府県で、10例以上が報告されている。このようなことから、医療観察法の当初審判では、対象者の病状等に問題があり地方裁判所への移送が難しい場合においても、地方裁判所は、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員等が、鑑定医療機関に出向き、施設内の会議室等を利用して、出来るだけ「審判期日」に対象者が参加できるように配慮をしているようである。

「審判期日の参加者【表 C-5】」では、カンファレンスの参加者と同様に、合議体である裁判官、精神保健審判員の参加が100%であるのは当然とし、標準としてではあるが、精神保健参与員とともに、社会復帰調整官、付添人なども、ほぼ参加している状況となっている。しかし、その中で、鑑定医の参加が非常に少なく、例外もある程度あるようだが、標準として出席しているかとの調査項目には、0%との調査結果となっている。しかし、聞き取り調査の発言の中では、審判期日における鑑定医の不参加については、関係者にあまり違和感等がなく、カンファレンスの聞き取り調査の時のような、強い鑑定医参加の要望は、関係者からあまり聞かれなかった。これは、審判期日が、そもそもカンファレンスのような関係者の協議の場になっていないため、鑑定医が参加していても、質疑や意見交換が行いづらく、また、対象者に、審判参加者の関心が移っているなどのためとの意見が多かった。特に事前のカンファレンスにおいて、ある程

度、鑑定医と協議が出来ている場合には、このような意見の傾向が顕著であった。

【審判における評価軸と医療継続性】

医療観察法の審判では、下記の3つの評価軸に基づき『対象者について医療観察法における医療必要性を判断する』判断することとなっている。3つの評価軸とは、“疾病性”、“治療反応性”、“社会復帰要因”の三つで、それに時間軸を組み合わせて評価を行うことになっている。医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸については、厚生労働省の『司法精神医療等人材養成研修会』で配布している『医療観察法 鑑定ガイドライン(厚生労働科学研究 成果報告「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」主任研究者:松下正明』の中で、下記のように記載されている。

- ① “疾病性”とは『対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関連を意味する』。
- ② “治療反応性”とは、『精神医学的な治療に対する、対象者の精神状態の望ましい方向への反応の強さを意味する』。
- ③ “社会復帰要因”とは、『処遇の決定に当たっては、対象者の社会復帰という目的を果たすことを促進するあるいは阻害する要因について精査する』。

「医療観察法における精神保健参与員の意見等について【表 D-1】」では、当初審判における精神保健参与員自身の発言について、【医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸】と【医療観察法における「治療の継続性」】を中心に調査を行った。【医療観察法における「治療の継続性」】については、医療観察法第1条「医療観察法の目的及び定義」の中で、

「対象者の適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする。」としており、医療観察法審判の中で、通院処遇における治療の継続性が、「医療観察法の医療必要性に係る3つの評価軸」とともに、審判での主要な協議内容の一つとなることが多いため、この調査の中でも取り上げている。

今回の調査では、「あなたが関わった各当初審判・カンファレンスにおいて、精神保健参与員の発言として重要とされたものは何ですか」との問いについて、聞き取り調査を行い回答を、上記の3つの評価軸と治療継続性の4つに分類した。現在の前述した精神保健参与員の養成研修(厚生労働省の『司法精神医療等人材養成研修会』)の中では、精神保健参与員の医療観察法審判での発言について、精神保健審判員と同様、3つの評価軸と治療継続性に留意して発言するように教えられており、また、教材集とともに配布されている資料などにも重要な項目として関連の記載が多くある。しかし、医療観察法施行当初の研修では、これらの3つの評価軸と治療継続性について比較的触れられることがなかったため、初期の研修を受けた精神保健参与員ほど、この項目に添った意見の分類について、戸惑いが大きかった。

調査した69件の当初審判において、精神保健参与員が、そのカンファレンスおよび審判期日の中で重要とされた発言については、それぞれ複数回答で「治療反応性」(8.7%)、「疾病性」(33.3%)、「社会復帰要因」(88.4%)、

「(通院処遇等における)治療継続性」(40.6%)となった。「治療反応性」(8.7%)については、顕著に低いが、聞き取り調査の中でも、通常、精神保健審判員の役割であるとの認識が強く、医学的に高度な専門知識が必要な分野であることから、「治療反応性」については、精神保健審判員にまかせる傾向が非常に強く、このような結果となっている。

「疾病性」(33.3%)についても、ある程度、「治療反応性」と同様の配慮が聞かれたが、こちらは、地域生活における「生活スキル」とともに「疾病性」について、精神保健福祉士等の通常の業務で、その評価を取り扱うことも多いため、「治療反応性」に比べ、比較的発言しやすい内容であり、また、意見を求められやすかったようである。聞き取り調査の中では、特に、通院処遇についての検討が、重要となる審判の場合に、その傾向が強かったようである。

「社会復帰要因」(88.4%)については、精神保健福祉士が、通常、退院援助、地域生活支援等の業務で多いため、発言しやすく。また、他の審判参加者からも、期待されることが多かったようであり、ある程度予想された結果となっている。

「(通院処遇等における)治療継続性」(40.6%)については、通院を前提とした場合、精神保健参与員の意見に期待するところが多く、もう少し割合が高いのではないかとも思われた。しかし、聞き取り調査の中では、当初審判自体に、あまり通院処遇を話し合う事例が少なく(当初審判決定の約6割が入院決定となっている)、通院を前提とした協議になることが比較的少ない状況であったとの報告が多かった。

また、これらの3つの評価軸と治療継続性

についての調査全般では、複数件審判に関わっている精神保健参与員は、後の審判となるほど、これらの3つの評価軸と治療継続性に対する発言が、相対的にあがっていく傾向にあった。このことについては、聞き取り調査の中で、精神保健参与員自身の問題として、「審判特有の雰囲気から、思うような意見が言えなかった」、「基本的な司法の知識(裁判制度等)についての理解や裁判官、検察官、付添人、書記官等の役割などが、不足していたため意見が言いにくかった」などの意見があり、これは、何度かの参加経験を重ねることで、しだいに解消され、また意見内容等については、深まっていく傾向が見られた。

また、この件について、精神保健参与員だけの問題ではなく、審判方法自体の問題として、一番多く上げられていたのは、カンファレンスの開催に関することであった。調査した精神保健参与員からは、「カンファレンスが無く、直接、審判期日を迎えてしまったため、鑑定書や生活環境調査結果報告書について、審判関係者(裁判官、精神保健審判員、検察官、付添人、鑑定医、社会復帰調整官など、以下「審判関係者」と記載する)などと協議していく場がなかった」、「審判期日以前に、特にカンファレンス等はなく、審判期日後にも、カンファレンス等の協議の場はなかったため、対象者の処遇について、審判関係者が話し合うことはなく、鑑定書をただ追認するだけだった」など、審判期日は行われたが、その事前や事後にカンファレンスなどの協議の場がなかったため、鑑定書や生活環境調査結果報告書等の重要な資料についての検討がほとんど行われなかった。あるいは、対象者の処遇について、審判参加者全体として、実質的な議論を行うことが出来なかったなど、深刻な

問題をはらんだものが多かった。

しかし、今回の調査では、当初審判でのカンファレンスの開催は、年を追うごとに多くなり、急速に改善されつつある結果が出ている。そのため、聞き取り調査においても、最近審判に関わった精神保健参与員では、「法施行初期のためか、1度目に関わった当初審判では、カンファレンスが行われなかったため、審判関係者などとの対象者の処遇についての実質的な意見交換や協議が、ほとんどできなかった。しかし、その後のカンファレンスが行われるようになり、必要な話し合いが行われるようになってきている」などの意見が多くなってきている。

その他では、「カンファレンスに、鑑定医などがおらず、現在の対象者の状況が分かりにくかった」、「カンファレンスはあったが、自由に発言できる雰囲気があまりなく、関係資料(鑑定書や生活環境調査結果報告書)や対象者の現状や環境等に不明の点が多くあったため不安全感が残った」などのカンファレンスの協議内容に関するものが多かった。特に、実際に、鑑定書や生活環境調査結果報告書を作成している鑑定医や社会復帰調整官に、カンファレンスにおいてコンタクトでき、審判関係者間で自由に話し合いが出来る場合、精神保健参与員として、3つの評価軸と治療継続性に対する発言が、相対的にあがっていく傾向にあった。また、このようなカンファレンスの状況が整備されていると、精神保健参与員として、不安全感などが少なかったようである。そして、聞き取り調査の中では、他の審判関係者についても、同様の傾向があったと、感想を話す精神保健参与員が多かった。

ほぼ、同様の聞き取り調査を社会復帰調整官に対しても行っているのが、「あなたが関わ

った各当初審判・カンファレンスにおいて、精神保健参与員が重要な役割を担うと思われるものは何ですか【表 D-3】という質問である。この調査に対して、それぞれ「治療反応性」(0%)、「疾病性」(29.2%)、「社会復帰要因(100%)」、「(通院処遇等における)治療継続性(66.7%)」という結果になった。社会復帰調整官の聞き取り調査の中で感じたことは、これらの回答は、精神保健参与員への期待という側面がある。実際の審判では、精神保健参与員が慣れていないときなど、なかなか期待した社会福祉の専門家としての発言が出るのが難しい場合あるという意見も多くあった。しかし、「(前半部分略)精神保健参与員が重要な役割を担うと思われるものは何ですか」という問いについては、「社会復帰要因(100%)」、「(通院処遇等における)治療継続性(66.7%)」と、精神保健参与員自身の評価を大きく上回っている。

社会復帰調整官は、その業務の遂行の必要から、審判について、地域での援助者となる関係者も含め、納得できるような的確な判断を求めているところがある。そのため、これらの評価軸の判断について、きちんと説明できるような専門性の高い的確な判断を希望している。そのため、「治療反応性」などについては、精神保健参与員ではなく、精神科医である精神保健審判員に期待しているところが大きい。0%となっているが、「社会復帰要因」や「(通院処遇等における)治療継続性」については、前述のように、高い評価と期待となっているようである。

また、社会復帰調整官の多くが、その基礎資格に精神保健福祉士を持っていることから、「精神保健参与員が必要・有意義と思うか【表 D-3】」Yes(95.8%)とともに、同職種としての、

その専門的な意見への期待の現れと思われる。ただ、一方で、「社会復帰要因」などについても、「社会復帰要因」関連のこのような事項や項目について専門的な意見の言えないとの指摘も、聞き取り調査の過程であがってきている。このような指摘は、前述のカンファレンスや審判期日での状況や精神保健参与員の聞き取り調査における3つの評価軸と治療継続性に対する発言などとともに、これからの精神保健参与員の育成、研修方法等を考えていくうえで、非常に重要な情報であると思っており、次年度以降も、これらの内容について、より詳細な調査を行っていきたい。

■退院許可申立審判

医療観察法では、指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、入院している者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認めることができなくなった場合は、保護観察所の長の意見を付して、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならない(医療観察法 49 条)とされている。この申立による審判が、退院許可申立審判といわれている。

〔退院許可申立審判におけるカンファレンス、審判期日〕

法施行当初には、指定入院医療機関も少なく、入院対象者も少数であったため、当初審判に比べ、退院許可申立審判の数は、非常に少なかった。その後、指定入院医療機関が全国に整備されていく過程で、退院許可申立審判は、数も増え、指定入院医療機関を管轄

する各地域の地方裁判所で行われるようになってきた【表E-1】。そのため、退院許可申立審判を行う地域も増え、2007年8月には、9都道府県であったものが、2008年8月には、16都道府県となり、2009年8月には17都道府県と増加した【表E-2】。

医療観察法の退院許可申立審判では、カンファレンスだけでなく審判期日についても、その開催が、義務づけられていない。そのため、退院許可申立審判については、当初、カンファレンスだけでなく、審判期日もほとんど開催されていなかった。そのため、調査時点では、また、退院許可申立審判においてカンファレンスや審判期日を行っているところが一部の地域に限定されており、また、事例も少なかったため、今回の調査方法では、当初審判の調査に比べて、必要な調査が出来にくかった。

しかし、聞き取り調査の中では、退院許可申立審判において、ほぼカンファレンスや審判期日を行っている地域での退院許可申立審判についての審判関係者の評価は、他の地域に比べ高かった。また、聞き取り調査の過程で、退院許可申立審判におけるカンファレンスや審判期日について説明した場合、他の地域の審判関係者は、その方法や実際の運用等に、一様に強い興味を示していた。このようなことから、この報告書においても、資料として、退院許可申立審判におけるカンファレンスや審判期日の一般的なモデルのレポートを当初審判のモデルのレポートともに掲載している。

医療観察法導入時のモデルとなった英国においては、退院許可申立審判は、当初審判と共に非常に重要視され、日本のカンファレンスにあたる審判時の協議や審判期日

にあたる対象者との質疑などが、退院許可申立審判においても必ず行われている。当初審判のカンファレンスが、全国的に波及し、医療観察法審判における協議の重要性などが再認識されてくる過程で、近年、退院許可申立審判において、カンファレンスや審判期日が行われないことが、注目され、問題視され始めていた。

このような状況の中において、2008年から2009年にかけて、いままで一部の地域でしか行われていなかった退院許可申立審判でのカンファレンスや審判期日を行う地域が、急激に増加している。各地の指定入院医療機関からの報告では、まだその地域で行われる退院許可申立審判の中の少数の事例ということではあるが、2007年8月には、「カンファレンスや審判期日が、ほぼ行われている」地域と「カンファレンスや審判期日が、行われはじめている」地域を合わせても、退院許可申立審判が行われている8都道府県中1都道府県しかないものが、2009年8月では、あわせて17都道府県中8都道府県と全国的な広がりを見せている【表E-2】。

当初審判において、2006年8月に調査時にカンファレンスの開催は、調査対象31都道府県中3都道府県(9.7%)でしかなかったものが、2009年に行った調査「医療観察法施行以降の当初審判における方法等の推移【表A-1】」では、カンファレンスの開催が、調査対象37都道府県中36都道府県(97.3%)となっている。これらを思い合わせると、今後、退院許可申立審判におけるカンファレンスや審判期日も、医療観察法における退院許可申立審判の重要性の認識が高まり、また、指定入院医療機関の整備がなされていくとともに、全国的に波及していくかもしれず、注目

の必要がある。

E. 結論

精神保健参与員の養成課程、研修方法を探っていくために、医療観察法の当初審判や退院許可申立審判での一連の流れやカンファレンスや審判期日で実際に行われている業務内容等について、精神保健参与員の関わりを中心に、全国的な調査を行った。

当初審判については、全国的にカンファレンスが開催されるようになってきていることやそのカンファレンスや審判期日が、どのように行われているかなど、詳細な情報を得ることが出来た。また、審判での医療観察法における医療必要性の判断の基礎となる3つの評価軸と医療継続性の評価について、精神保健参与員がどのように、その専門性を期待され、どのように関わっているのか、そして、どのような問題点があるかなどを調査することが出来た。また、退院許可申立審判についても、同様に、全国的なカンファレンスや審判期日の動向を調査することが出来た。

そして、これらの聞き取り調査と各地域の審判関係者より提出されたレポートなどから、当初審判と退院許可申立審判の幾つかの典型的なモデルを作成した。

このように、医療観察法における当初審判や退院許可申立審判の詳細な実態と精神保健参与員の業務内容が見えてきたことにより、今後の研究では、これらの審判における業務対応できる精神保健参与員の養成課程、研修方法を開発していくこととする。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

1. 論文発表

1) 三澤孝夫：精神保健参与員の役割は、いかにあるべきか-医療観察法における審判制度の変遷と精神保健参与員の役割について-。臨床精神医学 38(5):pp. 687-691, 2009

2. 学会発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録情報 なし

「当初審判」調査内容(資料 I)

医療観察法施行以降の当初審判方法・内容の推移

医療観察法施行以降の当初審判における方法等の推移 【表A-1】

当初審判において、カンファレンスは、行われているか	調査対象 都道府県数	ほぼ行われ ている	ほとんど行わ れていない	不明
調査月 2006年8月	31	3	20	8
	100.0%	9.7%	64.5%	25.8%
調査月 2009年9月	37	36	1	0
	100.0%	97.3%	2.7%	0.0%

※当初審判における「審判期日」の開催については、医療観察法上、原則必ず行うこととなっているため「カンファレンス」のみ調査。

医療観察法施行以降の当初審判における内容等の推移 【表A-2】

当初審判の傾向について、 保護観察所の社会復帰調整官への 聞き取り調査 ※調査2009年10月	調査対象 都道府県数 計	徐々に内容 が充実してき ている	あまり変わら ない	徐々に内容 が簡略されて きている
この4年間のカンファレンスの傾向	27	21	5	1
	100.0%	77.8%	18.5%	3.7%
この4年間の審判期日の傾向	27	4	23	0
	100.0%	14.8%	85.2%	0.0%

調査対象都道府県と当該都道府県の当初審判件数 【表A-3】

調査対象地域	調査対象 都道府県数	調査対象都道府県 当初審判件数	
北海道・東北地域	4	37	7.5%
関東甲信越地域	8	129	26.2%
東海・北陸地域	5	34	6.9%
近畿地域	3	40	8.1%
中国・四国地域	4	23	4.7%
九州地域	4	38	7.7%
調査対象 計	28	301	61.2%
※全国	47	492	100.0%

◆統計資料は、2008/7/1～2009/6/30 ※全国の当初審判申立総件数429

参考資料 【表A-4】

地域	人口(人)/全国比	
北海道・東北	15,345,733	12.0%
関東甲信越	46,890,697	36.7%
東海北陸	16,244,797	12.7%
近畿	22,800,513	17.8%
中国四国	11,806,974	9.2%
九州	14,775,875	11.6%
全国	127,864,589	100.0%

当初審判におけるカンファレンス・審判期日について

調査期間2009/6/30～2009/12/26

【カンファレンス】

医療観察法における審判の過程において、審判期日以前に、審判関係者が集まる「事前協議(カンファレンス)」「(医療観察法審判規則40条:審判準備)が行われることが多くなっている。審判期日の短時間の審判の中で検討することが難しい場合が多いため、審判期日前に、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員が実際に会って、それぞれの専門分野についての意見を伝え、課題や問題点を整理しておくことは、審判を行っていく上で有効であるといわれている。

医療観察法施行以降の当初審判におけるカンファレンス開催状況の推移 【表A-1】(再)

当初審判において、カンファレンスは、行われているか	調査対象 都道府県数	ほぼ行われている	ほとんど行われていない	不明
調査月 2006年8月	31	3	20	8
	100.0%	9.7%	64.5%	25.8%
調査月 2009年9月	37	36	1	0
	100.0%	97.3%	2.7%	0.0%

※当初審判における「審判期日」の開催については、医療観察法上、原則必ず行うこととなっているため「カンファレンス」のみ調査。

医療観察法施行以降の当初審判におけるカンファレンス内容等の推移 【表A-2】(再)

当初審判の傾向について、 保護観察所の社会復帰調整官への 聞き取り調査 ※調査2009/6/30-12/26	調査対象 都道府県数 計	徐々に内容 が充実してき ている	あまり変わら ない	徐々に内容 が簡略されて きている
この4年間のカンファレンスの傾向	27	21	5	1
	100.0%	77.8%	18.5%	3.7%

【表B-1】

1事件でのカンファレンス回数	調査対象 都道府県数 計	標準で1回	標準で2回	不明	2回以上行うこ とも多い【再 掲】
都道府県数	25	10	12	1	2
	100.0%	40.0%	48.0%	4.0%	8.0%

【表B-2】

カンファレンスの開催時期	調査対象 都道府県数 計	標準的に 「審判期日」 前に	標準的に 「審判期日」 後に	不明	審判ごとで違 い「審判期日」 前・後、どちら も行っている 【再掲】
都道府県数	25	24	1	0	12
	100.0%	96.0%	4.0%	0.0%	48.0%

【表B-3】

カンファレンスの時間 ※一回あたりの平均時間	調査対象 都道府県数 計	30分未満	30分～ 60分未満	60分～ 90分未満	不明	120分以上を 超える時があ る【再掲】
都道府県数	25	0	6	16	3	4
	100.0%	0.0%	24.0%	64.0%	12.0%	16.0%

【表B-4】

カンファレンスの参加者 ※標準的に参加	調査対象 都道府県数 計	裁判官	精神保健審 判員	精神保健参 与員	検察官	付添人	鑑定医	社会復帰 調整官
都道府県数	28	28	28	27	25	27	14	28
	100.0%	100.0%	100.0%	96.4%	89.3%	96.4%	50.0%	92.9%

【表B-5】

カンファレンスを必要・有意義と思うか	調査 保護観察所数	Yes	No	不明・どちら でもない
保護観察所の社会復帰調整官への聞き 取り調査(2009/6/1-2009/11/30)	24	24	0	0
	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%

審判期日方法・内容

【審判期日】医療観察法における裁判手続きのひとつ。地方裁判所の法廷で行われることが多いが、鑑定医療機関内で行うこともある。裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員が、対象者、検察官、付添人等の意見を聞き、決定等を行う。審判期日は、原則、非公開。決定内容は、その場で対象者に言い渡されることもあるが、書面にて後日、対象者に伝えられることが多い。

【審判期日】医療観察法第31条

- 1 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る。
- 2 審判期日における審判の指揮は、裁判官が行う。
- 3 審判期日における審判は、公開しない。

【審判期日の開催】医療観察法第39条

裁判所は、第三十三条第一項(当初審判)の申立てがあった場合は、審判期日を開かなければならない。ただし、検察官及び付添人に異議がないときは、この限りでない。

医療観察法施行以降の当初審判における審判期日内容等の推移 【表A-2】(再)

当初審判の傾向について、	調査対象 徐々に内容		あまり変わら 徐々に内容	
この4年間のカンファレンスの傾向	27	21	5	1
	100.0%	77.8%	18.5%	3.7%
この4年間の審判期日の傾向	27	4	23	0
	100.0%	14.8%	85.2%	0.0%

【表C-1】

1事件での審判期日の回数	調査対象 都道府県数 計	標準で1回	標準で2回	不明	2回以上行うことも多い【再掲】
都道府県数	25	25	0	0	0
	100.0%	100.0%	0.0%	0.0%	0.0%

【表C-2】

審判期日の時間 ※一回あたりの平均時間	調査対象 都道府県数 計	30分未満	30分～ 60分未満	60分～ 90分未満	不明	120分以上を超える時がある【再掲】
都道府県数	25	0	12	10	3	2
	100.0%	0.0%	48.0%	40.0%	12.0%	8.0%

【審判期日の対象者】医療観察法第31条

- 7 審判期日には、対象者を呼び出し、又はその出頭を命じなければならない。
- 8 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ない。ただし、対象者が心身の障害のため、若しくは正当な理由がなく審判期日に出席しない場合、又は許可を受けないで退席し、若しくは秩序維持のために退席を命ぜられた場合において、付添人が出席しているときは、この限りでない。
- 9 審判期日は、裁判所外においても開くことができる。

【表C-4】

審判期日における対象者の参加 ※標準的に参加	調査対象 都道府県数 計	対象者は、ほぼ必ず参加する	対象者の病状等の問題で、対象者が参加できなかったことがある	対象者の病状等の問題で鑑定医療機関内において、審判期日が行われたことがある(対象者は参加)
都道府県数	28	28	2	6
	100.0%	100.0%	7.1%	21.4%

【審判期日の参加者】医療観察法第31条

- 4 審判期日における審判においては、精神障害者の精神障害の状態に応じ、必要な配慮をしなければならない。
- 5 裁判所は、検察官、指定医療機関(病院又は診療所に限る。)の管理者又はその指定する医師及び保護観察所の長又はその指定する社会復帰調整官に対し、審判期日に出席することを求めることができる。
- 6 保護者(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十一条の規定により保護者となる市町村長(特別区の長を含む。以下同じ。)については、その指定する職員を含む。)及び付添人は、審判期日に出席することができる。

【表C-5】

審判期日の参加者 ※標準的に参加	調査対象 都道府県数 計	裁判官	精神保健審判員	精神保健参与員	検察官	付添人	鑑定医	社会復帰調整官
都道府県数	28	28	28	27	28	28	0	27
	100.0%	100.0%	100.0%	96.4%	100.0%	100.0%	0.0%	96.4%