

(8) 精神保健福祉サービス等の実施

Q113 対象者のニーズに応じたサービスの確保とは？

A 保護観察所は、処遇に携わる関係機関と相互に連携、協力し、本制度による処遇が終了した後における一般の精神医療及び精神保健福祉の継続をも視野に入れつつ、ケア会議において対象者本人の希望を踏まえて協議した結果に基づいて、必要な精神保健福祉サービス等を確保し、その生活を支援していきます。

指定入院医療機関に入院中の対象者については、退院予定地において入院中の生活環境の調整の過程から精神障害者社会復帰施設、その他精神障害者に対する各種支援事業を行う機関、団体等と必要な調整を行います。

Q114 本制度への協力要請とは？

A 保護観察所は、対象者が利用する精神障害者社会復帰施設、その他精神障害者に対する各種支援事業を行う機関、団体等に対し、必要に応じ、ケア会議への参加、各種サービスの実施状況の報告、その他本制度を円滑に実施するために必要と認められる事項について、協力を求めます。

Q115 地域処遇終了時における一般精神医療等への円滑な移行・継続とは？

A 保護観察所は、本制度による処遇が満了しようとするとき、又は処遇終了の申立てについて検討しようとするときは、ケア会議を実施します。本制度による処遇終了後の一般精神医療及び精神保健福祉サービス等の継続的な確保についても協議します。

さらに保護観察所は、処遇に携わる関係機関と相互に連携・協力し、対象者本人に対して処遇終了後の対応について懇切かつ丁寧に説明し、同意を得よう努めます。その他の関係機関は、必要に応じて対象者の同意が得られるよう保護観察所に協力します。

Q116 対象者が地域での生活を長期にわたり継続できる体制とは？

A 処遇に携わる関係機関は、対象者が地域での生活を長期にわたり継続するために、精神保健観察中において提供を受けているサービスの継続及び新たに必要となる社会資源の確保に努めます。本制度による処遇の終了に当たっては、保護観察所は予めケア会議を実施し、終了後における一般精神医療及び精神保健福祉サービス等の継続的な確保について協議します。

61

62

(9) 緊急時の連絡体制、病状悪化等の対応

Q117 緊急時の連絡体制等の整備とは？

A 地域処遇の実施期間中において、病状悪化等の緊急の対応を要する場合を想定し、保護観察所及び指定通院医療機関、処遇に携わる機関は、ケア会議において、予め緊急時における各機関の基本的な対応方法を定めておきます。

緊急時の連絡体制は、ケア会議で検討・決定します。関係機関相互において緊急連絡先を明らかにし緊急時の連絡体制を確保します。処遇の実施計画には担当機関・担当者名等の緊急連絡先を記載します。

保護観察所は、緊急時における基本的な対応方法について、処遇の実施計画において明らかにするほか、対象者及びその家族等の関係者に対し、あらかじめ懇切かつ丁寧に説明し、理解を得よう努めます。

Q118 対象者の病状が悪化した時の対応とは？

A 保護観察所及び処遇に携わる機関は、対象者の病状の悪化が認められた場合には、予めケア会議等で定められた対応方法に沿って必要な医療を確保します。また精神保健及び精神障害者福祉に関する法律又は医療観察法に基づく入院の検討を行い、必要な場合には入院医療を確保します。

Q119 緊急時の連絡とは？

A 処遇に携わる関係機関において、対象者の病状悪化、医療中断等緊急に対応を要する状況を認めた場合には、その機関は保護観察所に連絡するとともに、必要に応じてその他の対応を要する関係機関に速やかに連絡します。情報の共有を図ることが大切です。

Q120 病状悪化を認めた場合の医療の確保とは？

A 対象者の病状の悪化が認められた場合には、あらかじめケア会議で定められた対応方法に沿って、対象者に適切な精神科医療を提供するとともに、入院が必要な場合には、精神保健福祉法に基づく入院を適切に行い必要な医療を確保します。入院については、対象者の医療の継続性確保の観点から原則として指定通院医療機関において対応します。また精神保健福祉法による入院が行われた場合には、その旨を速やかに保護観察所に連絡します。

Q121 精神科救急医療体制の活用とは？

A 処遇に携わる機関は、夜間・休日等において緊急な対応を要すると判断した場合には、県等の精神科救急医療体制の活用を図ります。

63

64

Q122 病状悪化等の情報共有とは？

A 処遇に携わる機関は、対象者の病状の悪化、医療中断等緊急に対応を要する状況を認めた場合には、医療観察法の規定に基づく通知等によるほか、保護観察所に速やかに連絡し、必要に応じ、その他の関係機関に連絡します。保護観察所及び関係機関は、相互に情報の共有化を図ります。

Q123 入院申立てとは？

A 保護観察所及び関係機関は、通院医療等による継続的な医療の確保が困難であり、医療観察法に基づく入院医療を必要と認めた場合には、ケア会議等において入院の申立ての検討を行います。その協議の結果に基づき、保護観察所は、必要な場合には入院の申立てを行います。

Q124 入院（精神保健福祉法）時の判断とは？

A 精神保健福祉法に基づき入院している場合において、その適切な介入や治療によっても短期間では病状が改善されないと判断された場合には、保護観察所は必要に応じケア会議を実施するなど本制度による入院の申立てを行います。

65

Q127 個別の対象者に関する相談等の場合、関係機関相互の連絡体制とは？

A 地域住民等から個別の対象者に関する相談、説明要請、情報提供等が保健所、市区町村、その他の関係機関にあった場合には、相談等を受けた機関が保護観察所及び関係機関と協議して、必要な対応を行います。この場合、対応を行う機関は、対象者と家族等のプライバシーの保護について十分に留意しなければなりません。

Q128 地域住民等に対する情報提供とは？

A 個別の事情に応じ、一定の範囲で地域住民等に情報を提供することが、対象者の社会復帰を促進する上で必要と認められる場合には、保護観察所は関係機関とケア会議等において協議の上、対象者本人に対し、情報提供の目的、必要性、提供する情報の内容、提供する相手、方法等について説明し、これらに関する十分な理解の下で同意を得た範囲内において、情報提供を行うことができます。

67

Q125 処遇終了時における対応とは？

A 保護観察所及び関係機関は、処遇の実施期間の満了及び処遇終了の申立ての検討を行うときは、ケア会議を開催し、処遇終了後における一般の精神医療及び精神保健福祉サービス等の継続的な確保を協議します。保護観察所及び処遇に携わる機関は、相互に連携・協力して、一般の精神医療及び精神保健福祉サービス等への円滑な移行に努めます。

(10) 地域社会との情報窓口の設定

Q126 地域社会との情報窓口とは？

A 保護観察所及び関係機関は、地域住民等からの相談、説明要請等に対する窓口を定め、医療観察法の制度に関することについては分かりやすく説明します。

保護観察所その他の関係機関は、地域住民等からの相談・説明要請等に適切に対応します。その相談等を受けた機関においては、保護観察所、その他対象者の関係機関と協議し必要な対応を行えるよう、その相談内容等に応じた相談窓口及び関係機関相互の連絡体制をケア会議においてあらかじめ定めておきます。この場合、その対応を行う関係機関は、対象者及びその家族等関係者のプライバシーの保護について十分に留意しなければなりません。

66

【3】 通院処遇ガイドライン

I. 総論

(1) 通院処遇の目標、理念

Q129 通院対象者の社会復帰の早期実現とは？

A 通院対象者に対して継続的かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や必要な医療を自律的に求めることも含めて社会で安定して生活する能力を高めます。他害行為について認識し、自ら防止できる力を獲得し、被害者に対する共感性を養い社会復帰の早期実現を目指します。そのために標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる対象者への継続的・計画的な医療提供、病状把握・観察、評価を実施します。さらに病状に応じては危機介入を行います。常にプライバシー等の人権に配慮しつつ、治療内容については通院対象者および家族に対して十分に説明を行います。また地元自治体等からの要請に対しては必要な情報を提供します。

(2) 指定通院医療機関の役割と処遇方針

Q130 指定通院医療機関の役割と通院期間とは？

A 退院許可決定を受けるか、あるいは当初より通院決定を受けた通院対象者について、対象者の病状に応じて専

68

専門的な通院医療を提供します。一時的な病状悪化などの場合には精神保健福祉法による入院医療も想定します。通院期間は、通院前期(通院開始後6ヵ月まで)、通院中期(通院開始後6ヵ月以降24ヵ月まで)、通院後期(通院開始後24ヵ月以降)の3期に分けて、それぞれに目標を設定し3年以内に一般精神医療への移行を目指します。

Q131 通院期間中の治療計画とは？

A 対象者ごとに治療計画を作成し、定期的に評価します。さらに治療への動機付け等を高めるために十分な説明を行い、通院対象者の同意を得られるよう努めます。必要に応じては対象者が参加する多職種チーム会議も開きます。また保護観察所、保健・医療・福祉の社会資源と連携を図りつつ対象者を支援します。

II. 通院処遇の留意事項

(1) 医療の質、地域連携の確保体制

Q132 多職種チーム会議とは？

A 指定通院医療機関内の多職種チーム(医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士)により、通院対象者に個別の治療計画書を作成し、定期的に通院対象者の評価を行い各職種が連携して医療を提供します。地域の医療・保健・福祉関係者および社会復帰調整官が

参加を求められる場合もあり、必要に応じて会議に通院医療対象者本人も参加します。

Q133 複数の指定通院医療機関から医療が提供されている場合とは？

A 外来診療と訪問看護をそれぞれ別の医療機関が担うなど、複数の指定通院医療機関から医療が提供される場合には、医療機関相互に連携を十分に保つため定期的な評価会議等を行う必要があります。

Q134 治療プログラムとは？

A 指定通院医療機関内の多職種チームにより、通院対象者ごとに個別の治療計画(基本的に通院対象者の同意を得て)を作成し、各職種が連携し医療を提供します。治療計画は専門職ごとに立案し、多職種チームで協議し決定します。治療内容の最終的な判断は医師が行いますが、治療計画の最終判断主体は指定通院医療機関の管理者です。多職種チームは通院対象者の病状評価を的確に行いません。病状悪化時の医療面での危機介入計画を予め策定し、対象者にそれを説明し、同意が得られるよう努めます。治療計画は多職種チームによる継続的な評価を踏まえ適宜見直します。

Q135 精神疾患の薬物療法の基準とは？

A 各疾患のアルゴリズム(治療方針)に沿って、多剤投与を避け、同種同効の薬剤は単剤を基本とします。薬剤の使用法については、「統合失調症治療ガイドライン(監修：精神医学講座担当者会議)」などを参考にします。

Q136 多職種チームにおける継続的な治療評価とは？

A 多職種チームは、毎月1度、評価を行い、翌月の治療プログラムを作成し、さらに3か月に1度、評価を行い、翌3か月の治療プログラムを作成します。

定期的(特に通院後期、<通院期間が3年を超過し通院継続する場合を含む>においては頻回)に、医療観察法による通院処遇の継続の必要性について評価し、その必要性が認められなくなった場合には、保護観察所長に処遇終了に係る意見書を提出します。通院期間が3年を超過する数か月前に、多職種チームは医療観察法による通院処遇の継続の必要性について評価し、その必要性が認められた場合には保護観察所長に通院継続の意見書を提出します。

Q137 共通評価項目とは？

A 鑑定から入院、通院を通しての治療の一貫性、多職種チーム間の評価の統一、各施設の治療の標準化を図るために5要素17項目の共通評価項目を設けました。共通評価

項目の評価方法はHCR20という国際的評価方法と類似していますが、治療により変わりうる指標を重視していません。共通評価項目は、①精神医学的要素として精神病症状、非精神病症状、自殺企図、②個人心理的要素として内省・洞察、生活能力、衝動コントロール、③対人関係の要素として共感性、非社会性、対人暴力、④環境的要素として個人的支援、コミュニティ要因、ストレス、物質乱用、現実的計画、治療的要素としてコンプライアンス、治療効果、治療・ケアの継続性です。

(2) 診療記録等の整備

Q138 記録等の標準化とは？

A 通院対象者の医療に必要とされる診療情報が関係機関内で円滑に共有されるために、指定通院医療機関の管理者は「対象者の通院開始時に整備すべき情報」(個人情報、社会福祉・医療保険関係、管理情報、法的情報、診療情報、外来初診時における治療方針)、「指定通院医療機関における多職種チーム会議において整備すべき情報」(基本情報、診療情報、総括、今後の治療方針)が一覧できるような診療記録等を整備します。様式は通院処遇ガイドラインの例を参考にします。

Q139 指定入院医療機関との連携とは？

A 対象者の通院先として正式に選定された指定通院医療機関は、その対象者の「入院時情報管理シート」、「直近半年間の診療及び病状計画の要約」、「退院前情報管理シート」、「新病棟治療評価会議シート」、「新病棟運営会議シート」のそれぞれの写しを受け取ります。また地域処遇に当たり必要な情報を対象者が入院していた指定入院医療機関に求めることが出来ます。

Ⅲ. 通院開始前の調整から処遇終了まで

(1) 通院開始前

Q140 通院開始前調整：対象者が指定入院医療機関に入院している場合とは？

A ① 対象者の退院後の通院先候補となった指定通院医療機関は、社会復帰調整官からの連絡を受け、対象者の処遇に関する意見交換を行います。ケア会議に積極的に参加する他、対象者の外出外泊時において対象者と面談するなど関係構築に努めます。② 地方厚生局から内定を受けた指定通院医療機関は、対象者の居住予定地を管轄する保護観察所が開催するケア会議に参加し、保護観察所、都道府県、市区町村等と協議の上、処遇の実施計画案の作成に協力します。また必要な診療情報を指定入院医療機関より入手、連携して、退院後に必要となる医療内

73

大60か月まで延長できます。通院期間中は社会復帰調整官による精神保健観察が行われます。

Q143 標準的な通院医療内容とは？

A 通院医療クリティカルパスがあります。個別の治療行為等については、対象者の病状によります。(表1)

Q144 通院医療における保健所の役割とは？

A 全通院期間を通して、可能ならば複数の機関、精神保健福祉センター、保健所、地域生活支援センター、保護観察所等の協働による訪問が望ましいとされています。しかし、対象者の社会復帰、生活支援等のためには、地域処遇開始時より保健所保健師による定期的な訪問指導・支援を行う必要があります。そして対象者に対しては医療観察制度終了後の一般精神医療への移行、生活面での援助(服薬指導、経済的助言、地域社会資源の活用や就労支援等)、対象者キーパーソン確保、地域精神保健福祉制度での処遇など、保健所や市区町村福祉部部署等による自立のための様々な継続的な精神保健福祉サービス等が必要です。

75

容を検討します。また指定入院医療機関と指定通院医療機関は、共通評価項目について検討し、対象者の病状評価に関する情報を共有します。

Q141 通院開始前調整：対象者が当初審判において通院決定を受けた場合とは？

A 地方厚生局から対象者の通院先として内定を受けた指定通院医療機関は、その対象者の居住地を管轄する保護観察所が開催する事前協議に参加し、保護観察所、都道府県、市区町村等と協議の上、対象者の処遇の実施計画案の作成に協力します。事前協議において、指定通院医療機関は関係機関と共に共通評価項目について検討し、対象者の病状評価に関する情報を共有します。対象者に関する情報が少ないため、指定通院医療機関は保護観察所とより一層十分な連携を図り通院医療を開始する必要があります。

(2) 通院開始後

Q142 通院医療の期間とは？

A 前期通院医療(通院開始～6か月)、中期通院医療(7～24か月)、後期通院医療(25～36か月)、すなわち通院決定または退院許可決定から36か月で処遇終了です。ただし、通院期間延長決定があれば通院対象者の病状に応じて最

74

Q145 処遇終了後に他の医療機関への通院が想定される場合とは？

A 新たな通院先に共通評価項目による情報を引き継ぐなど連携を密に行います。

Q146 クリティカルパスから外れた経過をたどる通院対象者の取扱いとは？

A この場合は、関係機関と相談の上で柔軟に対処します。

76

表1 通院医療クリティカルパス(標準的な医療内容のイメージ)
通院処遇ガイドライン改変

	1ヵ月目 (前期)	2~6ヵ月 (前期)	7~24ヵ月目 (中期)	25~36ヵ月 (後期)
本人の目安	地域生活に慣れる 外来通院ができる 必要な薬が きちんと飲める 社会資源の利用	計画的な生活ができる 生活上の困りごとを表現し相談できる 金銭管理ができる	生活を楽しむことができる 興味を見つける 地域の人と交流ができる	継続して必要な服薬ができる 安定した生活が送れる 将来の見通しが立てられる
評価・治療検討	指定通院医療機関への移行	安定的な通院	限定的な社会参加	地域社会への参加の継続・拡大 一般精神医療への移行
外来通院	週1~2回	週1~2回	週1回	週1回
訪問看護	週2~3回	週2~3回	週1~2回	週1回(必要に応じて)
服薬コンプライアンス	訪問時確認			
日常生活動作 (食事・入浴・排泄・清潔・服)	訪問時確認	訪問時確認		
検査	血液・尿検査・心電図等 (3月に1回) 心理検査(必要に応じて)	→→→	→→→	→→→
デイケア	週1~2回	週1~2回	週2~3回	週1~2回
作業療法	週1回、個別作業療法	週1回、個別作業療法	週1回、集団作業療法	週1回、集団作業療法
個別精神療法	週1~2回	週1~2回	週1回	週1回
集団精神療法		週1~2回	週1回	週1回
家族カウンセリング	週1回(必要に応じて)	週1回(必要に応じて)	週1回(必要に応じて)	週1回(必要に応じて)
ケア会議多職種チーム会議		移行評価	移行評価	一般精神医療への移行を目的とする連携会議

境整備、支援体制が確立している、⑤緊急時の介入方法について地域の支援体制が確立していることが目安です。

V. その他の留意事項

(1)通院期間延長、(再)入院

Q150 通院期間延長とは？

A 通院決定または退院許可決定から3年を経過する前の時点で、なお病状が不安定で、共通評価項目等に基づく評価等の結果、継続して医療観察制度による医療を受けさせる必要があると認める場合は、指定通院医療機関は通院の延長が適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出します。通院期間は最大で60か月です(Q142)。

Q151 医療観察法に基づく(再)入院とは？

A 指定通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、通院対象者の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を促進するために医療観察制度による医療を行う必要があると認めるに至ったときは、指定通院医療機関の管理者は直ちに保護観察所の長に対してその旨を通知しなければなりません。(再)入院の必要性の判断は共通評価項目等を参考にします。なお、この旨の通知を行った後も最終的に

IV. 通院中の評価の留意事項

(1)評価

Q147 通院開始時の評価とは？

A 基本的には入院医療における評価を引き継ぎます。診断はICD-10を用い、共通評価項目により社会復帰を阻害する因子の有無を検討し、生活全般の評価は国際生活機能分類(ICF)等を参考にします。これらの評価に基づき治療計画を作成します。

Q148 処遇終了等に係る評価とは？

A 病状が安定し、医療観察制度による医療を受けさせる必要があると認めることが出来なくなった場合には、指定通院医療機関は医療観察制度による医療を終了することが適当である旨の意見書を作成し、保護観察所の長に提出します。

(2)処遇終了の指標

Q149 処遇終了の指標とは？

A 共通評価項目を参考にするほか、①病状が改善し通院後期において一定期間病状の再発が見られない、処遇終了後は、②継続的な通院や訪問看護等の治療が安定して実施できる、③服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている、④安定した治療を継続できるための環

裁判所による入院決定が行われるまでの間は、医療観察制度の入院によらない医療が継続することに留意し、指定通院医療機関は通院対象者に適切な医療を提供する必要があります。

(2)精神保健福祉法による入院

Q152 精神保健福祉法による入院の選択とは？

A 通院医療を受けている対象者については、精神保健福祉法による任意入院・医療保護入院・措置入院などを行うことが可能で、対象者の病状に応じて適切な医療を行う必要があります。通院対象者に病状悪化が認められた場合には、適切な精神科救急医療を提供するとともに必要な医療を確保します。また医療観察制度の入院による医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うためにも必要かつ適切と判断されれば精神保健福祉法による入院も活用します。精神保健福祉法による入院期間中も精神保健観察は停止することなく続けられます(通院期間は進行)。入院先が指定通院医療機関と異なる場合は、指定通院医療機関は保護観察所とともに入院している医療機関と連携し医療観察制度の医療の一貫性の確保に留意します。

(3) 個別医療行為の留意事項

Q153 通院対象者の身体合併症への対応とは？

A 身体合併症の治療を指定通院医療機関で行うか、治療のために他の医療機関に紹介するかは、基本的には指定通院医療機関の担当医師が行います。日頃から指定通院医療機関は地域の医療機関との連携を図り、連絡体制を整備しておきます。留意事項としては、身体合併症が医療観察制度の処遇に係る精神障害またはその治療の合併症や副作用によるものであり、その因果関係が明らかであることです。指定通院医療機関において、その治療を行った場合は、その旨を診療録に記載します。

(4) 処遇・治療及び評価等のデータ集積、ガイドラインの見直し

Q154 処遇・治療及び評価等のデータ集積とは？

A 医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、共通評価項目を含めて通院処遇ガイドラインの見直し反映させます。この過程における必要なデータ等はプライバシーの十分配慮し可能な範囲で公開することになっています。

Q155 ガイドラインの見直しとは？

A データ集積のために、指定通院医療機関は協力して評

このような英国の変遷を踏まえ、英国の地域保安病棟とほぼ同じスタッフ等の基準で、一般精神病院内におけるひとつの病棟として、30床程度の「医療観察法病棟」を整備することとしました。

医療観察法病棟を整備する指定入院医療機関については、①一般の精神医療と異なり、公共性および専門性がきわめて高いこと、②継続的かつ適切な医療を実施するためにも、その実施主体において安定した病棟運営が行われなければならないこと、③全国で公平一律な医療の実施が必要なことなどを挙げ、指定入院医療機関の設置主体については、国、都道府県、特定独立行政法人または、(都道府県もしくは、都道府県および都道府県以外の地方公共団体が設立した)特定地方独立行政法人に限定し、指定しています。また、わが国の医療観察法病棟の整備については、英国における触法精神障害者の発生率の違いなどを考慮し、人口500万人に30床程度の割合で、ほとんどの都道府県に整備することを当面の目標としています。地域別では、北海道・東北地域に90床、関東甲信越地域に240～270床、東海・北陸地域に90床、近畿地域に120～150床、中国・四国地域に90床、九州地域に90床、全国で720床程度の医療観察法病棟指定入院医療機関の整備を予定しています。そして、最終的には、各都道府県のすべてに対して、医療観察法病棟の整備を目標として

価・診療に関する様式や評価項目・方法の関して可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場合には、必要な情報を提供するほか、通院処遇の改善に向けた取組へ参画します。

【4】医療観察制度の状況等

I. 医療観察法病棟など

Q156 指定入院医療機関における医療観察法病棟とは？

A 英国では、1970年代頃より司法精神医療の入院対象者の社会的入院が問題となり、精神障害者の医療、保健・福祉などに携わる関係者から強い批判や地域への退院促進運動(地方自治体や民間福祉団体による司法精神障害者の退院後の専門入所・通所施設等の整備)が起きました。それらの退院促進援助の動きから、1980年代後半頃より、司法精神医療の入院対象者について、社会復帰促進の政策がとられるようになりました。そして、英国政府は遠隔地に大規模な司法精神医療の500～1000床程度の専門病院(高度保安病院)を整備するのではなく、対象者の居住地域近くの一般精神病院の中に小規模(30床から100床程度)の病棟(地域保安病棟)を整備することに政策を転換し、次第に退院促進の効果を上げてきました。わが国では、

います。

Q157 指定入院医療機関内における対象者の権利擁護制度とは？

A 指定入院医療機関の医療観察法病棟は、法律的にも物理的にも非常に拘束力の強い施設であるため、医療観察法では、入院対象者に対しては、その人権を保護するための権利擁護関連の諸制度が定められています。そして、入院時インテーク面接では、まず、入院決定に対する「抗告」の説明や手続き援助を行うなど、入院対象者の権利擁護は、指定入院医療機関の担当多職種チームの重要な業務となっています。病棟の多職種チーム全体に、このような対象者の権利擁護を援助することが義務づけられていますが、特に、精神保健福祉士には、指定入院医療機関における対象者の権利擁護関連の諸制度(抗告や退院請求、処遇改善請求、倫理会議の役割、行動制限など)を対象者に適切に説明し、その手続きなどについて対象者を援助することが求められています。

また、精神保健福祉士は、外部の付添人(弁護士など)とも連携して、裁判所や法務省などの関係機関への手続き援助なども行うとともに、厚生労働省の入院処遇ガイドラインなどで業務とされている「権利擁護講座」なども行い、医療観察法で規定された権利擁護などに関する

包括的な知識を対象者に伝えていくとともに、講座終了後に対象者の希望があれば、個別面接を行い対応しています。

Q158 指定入院医療機関で行われるCPA会議とは？

A 英国では、複数の関係機関が連携して精神障害者の退院支援、社会復帰援助を行っていくためのツールとして、「CPA(Care Programme Approach)」というケアマネジメントを導入しています。そして、「CPA」では、利用者中心主義(利用者の参加と意向の尊重)や、ケア会議によるケア計画の調整と作成(透明性の確保、有機的な連携体制の構築)、文書化されたケア計画(ケア計画への契約的手法の導入、説明と同意、関係機関の役割分担と緊急時対応の明確化)、ケアの総括責任者〔ケアコーディネーター〕の選任(責任の明確化、情報の迅速な集約化と共有化)、定期的な見直し(ケア計画の変更の機会の確保と即応性のある柔軟な運用)などの理念や手法を用いて、複数の関係機関の援助が必要なケースについて、関係機関が有機的に連携できる地域ケア計画を提供しています。また、医療・保健・福祉の各関係機関による緊密な連携が、特に必要となる困難性の高い司法精神医療対象者の退院支援と社会復帰援助については、「CPA」の強化モデルである「enhanced CPA」を開発し、これに対応しています。

一方、日本の医療観察制度は、英国の司法精神医療・福祉制度を参考として、導入されたため、制度自体の運用や考え方、治療施設の構造や治療方法等が、英国の仕組みに近く、「CPA」を比較的導入しやすい環境にあります。そのため、我が国の指定入院医療機関でも、「CPA」の理念や手続きに基づいたケア会議(退院調整会議)を地域の行政機関や社会復帰施設などと定期的(3~4ヶ月に1度程度)に開催しているところが増えています。このような「CPA」の理念や手法に基づいたケア会議が「CPA 会議」と呼ばれるものです。そして、このような「CPA」の理念や手法を活用し、対象者の意向を尊重し、同意を得ながら、地域の各関係機関が有機的に連携し、必要な支援を行うことができる地域処遇実施計画や緊急時対応計画(クライシスプラン)を作成していく指定入院医療機関が多くなってきています。(図2 処遇の実施計画、表2 クライシスプラン)

図2 処遇の実施計画

様式第〇号(法第104条、令第11条第7号、規則第20条関係)		個人情報記載されています。取扱いについて注意して下さい。	
処遇の実施計画			
(第1回 〇〇年〇〇月〇〇日作成)			
〇〇保護観察所長 〇〇〇〇 印			
次の者に対する処遇の実施計画を下記のとおり定める。			
ふりがな	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	生年月日	昭和40年〇〇月〇〇日生
氏名	〇〇 〇〇	性別	男
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1-2 〇〇荘102	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
保護者	〇〇太郎 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇4-5-6 (続柄) 父	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
緊急連絡先	同上	電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇
退院医療開始日(決定のあった日)	平成〇〇年〇〇月△△日		
(1)処遇の目標			
必要な医療を継続的に受けながら生活する。退院後のストレスに適切に対処しながら、地域生活に慣れる。			
(2)本人の希望			
いずればコンビニエンスストアなどで働いてみたい。そのためには健康管理をしっかりする。これからは(家族やいろいろな人)自分から相談できるようにしたい。			
(3)ケア会議等			
開催回数	最初の6か月間は、原則として毎月第1回に1回開催(開会料に次回以降は減額する)。	開催場所	〇〇病院会議室
検討事項	① 指定入院医療機関における医療の状況について ② 生活(デイケア等含む)について ③ 各関係機関の具体的なかわりについて(訪問時の留意事項等)		
留意事項	なるべく(父)にも参加してもらうよう、連絡をとりたい。		
連絡方法	毎月月に、保護観察所に書面でも協議の実施状況を報告し、その内容はケア会議で共有する。		
(4)処遇の内容・方法			
目 標	〔6か月で中期退院医療へ移行〕退院医療従事者との信頼関係の構築 〇 病気についての理解を深める 〇 定期的なデイケアの参加		
内 容	機関名・所在地	担当者	実施方法等
退院医療	〇〇病院 〇〇県〇〇市××町1-1-1	〇医師	週1 外来受診(毎週水曜日 午後〇時予定)。
心理相談		〇臨床心理技術者	月2 第1火曜日午前。
訪問看護		〇看護師 〇精神保健福祉士	週1 金曜日自宅訪問。他の機関のスタッフと一緒に行くこともある。
デイケア		〇作業療法士	週2 月曜参加(1日)。様子を見て、週1-3回参加を予定。
留意事項	〔到達レベルの目安〕〇外来通院や服薬など必要な医療を利用できる。〇地域生活に慣れ、困ったときに適切な人に相談できる。 〔その他〕、少し生活に慣れる〇月曜から1回、時間、4回位病院に関する学習の機会を予定している。そのほか、〇PSW(援助調整)との面接は診察後を予定。		

目 標	退院直後のため、環境の変化に伴う病状の変化及び生活状況を見守り、継続的な医療の確保を図る。			
	内 容	① 退院直後であることに留意し、生活全般の見守りを重点的に行うとともに各種サービスの利用状況や生活上の課題について話し合う。 ② 相談する内容に応じた関係機関の利用について支援・調整をはかる。 ③ 体調に注意し、調子が悪化するサインに気づいて早めに相談できるように促す。		
方 法	接触方法	当初は、2週間に1回、自宅等を訪問する。2ヶ月からは保護観察所での面接も検討する。		
	報告	毎月1回、保護観察所からの報告(電話等適宜の方法)を受ける。報告内容に応じ適宜評価を行い、その結果をケア会議で本人及び関係機関に連絡する。		
留意事項	家族(保護者)宅への訪問、連絡も行っていい。			
社会復帰調整官	〇〇〇〇			
目 標	本人の希望をよく聞いて、信頼関係を築く。生活の安定に向け、各機関が連携して役割分担し、具体的に援助していく。(場合によっては、他の適切な機関の利用についても提案することもある)			
③ 援 助	機関名	担当者	内 容	方 法
	〇〇病院(指定入院医療機関)	〇精神保健福祉士	日常生活・医療全般に関する相談	退院時、受診時に面接。訪問看護に同行することもある。
	〇〇保護所 〇〇市××町1-1-1	〇保護士	全般的な状況把握・精神保健福祉士サービスに関する相談	訪問指導等 週1
	〇〇市障害福祉課 〇〇市××町1-1-1	〇社会福祉士	日常生活に関する援助	訪問指導 窓口での相談 随時
	〇〇地域生活支援センター 〇〇市××町1-1-1	〇精神保健福祉士	日常生活に関する相談	ドッグイン、本人からの相談に応じる 随時
〇〇精神保健福祉センター 〇〇市××町1-1-1	△精神保健福祉士	処遇の実施計画や援助のあり方について助言	計画策定時に参加し、助言等を行う。 随時	
留意事項	最初のうちは病院の訪問看護スタッフと一緒に訪問する。デイケアの参加が増えて行くようであれば、訪問回数を減らすこともある。訪問だけでなく、本人が定期的に支援機関を訪問する形での相談も考えていく。			
(5)緊急時の対応				
別紙 クライシスプランのとおり				
(6)その他の留意事項				
(本制度の処遇終了後の一般の精神医療・精神保健福祉サービスの利用に関する事項) 現在は退院直後のため、約6か月経過以降に検討を始める。				
(その他)				
〇私は、上記の処遇の実施計画について説明を受けました。				
平成〇〇年 〇〇月 〇〇日		氏 名 〇〇 〇〇		
作成二名(精神保健福祉課)、三澤孝夫(国立精神・神経研究センター)				

表2 クライシスプラン

場面	病状悪化のサイン	対処方法(本人・家族等)	相談・連絡先	支援者の対応
I	<p>経路感が強い。</p> <p>目覚めている外出が困難になる。</p> <p>せわさわそわそわ落ち着かない。</p> <p>不眠などから、昼寝のリスムが崩れる。</p> <p>発話しなくなると、物忘れ等の自覚症状がある。</p> <p>話しにくいも落ち着かず、話が繋がらない(会話中量突がある)。</p>	<p>無理せず家族に相談して休養する。</p> <p>通院時医師に相談する。</p> <p>但し無理や生半端な名義保護機関に相談する。</p> <p>保護観察所に相談する。</p>	<p>家族 Tel</p> <p>〇〇病院</p> <p>〇〇地域生活支援センター</p> <p>〇〇市障害福祉課</p> <p>〇〇保健所</p> <p>〇〇保護観察所</p>	<p>電話・通院等で対応。家事などを適宜休んで休養をとることを依頼し、医師や病院スタッフに相談することを支援。</p>
II	<p>目覚めている外出が困難になる。</p> <p>せわさわそわそわ落ち着かない。</p> <p>不眠などから、昼寝のリスムが崩れる。</p> <p>発話しなくなると、物忘れ等の自覚症状がある。</p> <p>話しにくいも落ち着かず、話が繋がらない(会話中量突がある)。</p>	<p>自覚できる時は、必要に応じて家族に相談し、指定通院医療機関にも相談する。</p> <p>家族・関係者に相談する。</p>	<p>家族</p> <p>〇〇病院</p> <p>〇〇地域生活支援センター</p> <p>〇〇保健所</p> <p>〇〇保護観察所</p>	<p>上記の他、受診に同行する等して必要な医師の確保に努める。受診時に体調等を医師に伝える旨を話し、通院回数や市町村の回数、処方内容を調整する。必要に応じて任意入院や医療保護入院を検討する。</p>
III	<p>発話しなくなると、物忘れ等の自覚症状がある。</p> <p>話しにくいも落ち着かず、話が繋がらない(会話中量突がある)。</p>	<p>家族・関係者に相談する。</p>	<p>家族</p> <p>〇〇病院</p> <p>〇〇保護観察所</p> <p>〇〇保護観察所</p>	<p>受診相談・支援。</p> <p>家族・関係者主催の積極的な治療を検討する。必要に応じて任意入院や医療保護入院。広急入院、相入入院も検討する。</p>
IV	<p>自宅にどこにも強い妄想がある。</p> <p>家族や関係者が呼びかけてもコミュニケーションがうまくとれない(会話内容の理解が困難)。</p>	<p>家族・関係者に相談する。</p>	<p>家族</p> <p>〇〇病院</p> <p>〇〇保護観察所</p> <p>〇〇警察署</p>	<p>受診相談・支援。</p> <p>医療保護入院、広急入院、相入入院等を検討する。医療観察法上の入院医療の必要性がある場合は市庁を併用する。</p>

関連職種(精神科医師、看護師、保健師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士等)の教育課程や研修などでも、社会的入院に関する問題が指摘され、多く取り上げられてきました。それ故に医療観察法病棟に配属された多職種チームや保護観察所の社会復帰調整官なども、社会的入院について強い問題意識を持ち、医療観察法の対象者についても、社会的入院をさせないようにしたいという意識を持つ者が多くおります。このことは、欧米諸国の司法精神医療の入院医療機関が退院促進に比較的慎重であることと比べて、国際的には、非常に珍しい状況といえます。

これは、わが国では、依然として精神科の社会的入院が社会問題化している影響とともに、わが国の司法精神医療の歴史が浅いことで、かえって、わが国の司法精神医療に携わる関係者が、欧米諸国の今までの隔離中心の司法精神医療モデルにとらわれずに、近年、欧米諸国で注目されはじめた最新の司法精神医療の退院促進の考え方や手法を比較的素直に受け入れた結果でもあります。しかしながら、司法精神医療は、その国の世論の動向や事件報道などに大きな影響を受けることもあるため、今後とも、わが国の司法精神医療の動向には注意が必要です。

Q159 海外の司法精神医療・保健・福祉における退院支援、社会復帰援助の状況は？

A 司法精神医療については、入院期間が治療以外の要因で長期化しやすく、多くの国で問題となっています。英国の司法精神医療では、1980年代前半頃まで、政府や司法精神医療専門病棟のスタッフは、退院について消極的な対応を行っていました。これに対して、地域の精神医療機関、保健所・福祉施設や当事者団体は、司法精神医療における社会的入院の問題を指摘し、改善のための関係機関への積極的な啓発などの活動、患者への退院支援、社会復帰援助を行ってきました。このような活動により1990年代に入り、司法精神医療専門病棟の患者の退院が進んでいった経緯があります。また、イタリアなど他の欧米諸国でも、近年、地域の精神医療機関、保健所・福祉施設が、司法精神医療における社会的入院について、自国の政府や司法精神医療専門病棟のスタッフに働きかけを行い、患者の退院に一定の成果を上げています。

Q160 海外と比較した我が国の司法精神医療・保健・福祉分野の特徴とは？

A 我が国では、精神衛生法から精神保健福祉法に至るまで、一貫して精神障害者の長期入院(社会的入院)の改善が進まず、問題とされつづけたことから、精神科関連の

Q161 我が国の司法精神医療・保健・福祉分野における期待とは？

A わが国は先進国(OECD 諸国)の中で、ほぼ唯一、最近まで司法精神障害の特別な治療システムを持っていなかったことから、精神医療・保健・福祉関係者は欧米諸国であれば精神障害者の援助にかかわる関係者が当然学ぶべき一般的、常識的な司法精神医療などの知識や経験を、現在のところ、ほとんど持っていません。そのため医療観察制度対象者への援助に際して、極端に「司法精神医療の対象者=恐ろしい者」という先入観や種々の事情や疾患特性を考慮せずに、援助自体に拒否的になる傾向が欧米諸国に比べて多いようです。また、わが国の司法精神医療の対象となる精神障害者の退院調整が本格化し始め、国も積極的な退院促進の方針を打ち出していることから、地域の精神医療・保健・福祉の関係者の間には、その対象者の社会復帰に対する動揺や懸念が広がっていききました。

しかし、司法精神医療の関係者や関係機関等が、直接、多くの対象者に関り始めたことによる意識の変化、経験やケアについての知識の蓄積、また、各地域で司法精神医療や制度、関わり方などの研修が精力的に行われ始められたことなどにより、今後は、わが国の関係者も欧米諸国の地域の精神医療・保健・福祉の関係者の意識や知

識に徐々に近づくことが期待されています。

II. 最近の状況

Q162 申立等の状況は？

A 厚生労働省ホームページ(医療観察法医療体制整備室調べを改変)では、平成17年7月の法の施行から平成23年6月30日までの申立総数は2,236件です(表3)。決定数は2,139件で、そのうち入院決定は1,347件、通院決定は368件です。また、退院許可は757件です。

表3 申立総数、退院許可数

◇申立総数	2,236件
・決定数	2,139件
(内 入院決定)	(1,347件)
(内 通院決定)	(368件)
(内 不処遇決定)	(345件)
(内 申立却下 ^{※1})	(79件)
・取り下げ ^{※2}	13件
・鑑定入院中	84件
◇退院許可	757件

※1 申立却下：対象行為を行ったと認められない場合または、心

93

表5 疾病別(主)、男女別内訳

	疾病	男性	女性	合計
F0	症状性を含む器質性精神障害	5名	3名	8名
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害	29名	5名	34名
F2	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害	397名	100名	497名
F3	気分(感情)障害	13名	13名	26名
F4	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害	3名	1名	4名
F6	成人のパーソナリティおよび行動の障害	2名	3名	5名
F7	精神遅滞 [知的障害]	4名	1名	5名
F8	心理的発達障害	11名	0名	11名

※疾病名は指定入院医療機関による診断(主病名)

※国際疾病分類第10改訂版(WHO 作成)に基づいて分類

95

神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないと認められる場合

※2 取り下げ：医療観察法の申立てを通じて、裁判所で心神耗弱と認められ、検察官が申立てを取り下げたもの

注)申立等の状況については指定入院医療機関から収集した件数を積み上げたものであり、時点によっては若干の誤差がありうる。

Q163 医療観察法の入院対象者の状況は？

A 厚生労働省ホームページ(医療観察法医療体制整備室調べを改変)では、平成23年6月30日現在、590名です。男性が79%を占めています(表4)。疾病別(指定入院医療機関による診断、主病名)では統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害が84%を占めています(表5)

表4 ステージ別、男女別内訳

	男性	女性	合計
急性期	88名	37名	125名
回復期	250名	61名	311名
社会復帰期	126名	28名	154名
合計	464名	126名	590名

94

Q164 指定入院医療機関および指定通院医療機関の整備状況は？

A 指定入院医療機関は、平成23年10月1日現在、28か所、666床が整備されています(国関係：478床、都道府県関係188床)(表6)。指定通院医療機関は、平成23年6月30日現在、病院が364、診療所が22、薬局が2,353、政令1条(訪問看護ステーション)が83、合計2,822が指定されています(表7)。厚生労働省ホームページ(医療観察法医療体制整備推進室調べを改変)

表6 指定入院医療機関の整備状況

1. 国関係 病床数は予備病床含む

(1) 国立病院機構花巻病院(岩手県)	33床	
(2) 国立病院機構下総精神医療センター(千葉県)	33床	
(3) 国立精神・神経医療研究センター病院(東京都)	66床	
(4) 国立病院機構久里浜アルコール症センター(神奈川県)	50床	
(5) 国立病院機構さいがた病院(新潟県)	33床	
(6) 国立病院機構北陸病院(富山県)	33床	

96

(7) 国立病院機構小諸高原病院(長野県)	17床	
(8) 国立病院機構東尾張病院(愛知県)	33床	
(9) 国立病院機構榑原病院(三重県)	17床	
(10) 国立病院機構松嶺荘病院(奈良県)	33床	
(11) 国立病院機構鳥取医療センター(鳥取県)	8床	(将来17床で運営予定)
(12) 国立病院機構賀茂精神医療センター(広島県)	33床	
(13) 国立病院機構肥前精神医療センター(佐賀県)	33床	
(14) 国立病院機構菊池病院(熊本県)	23床	
(15) 国立病院機構琉球病院(沖縄県)	33床	

2. 都道府県関係

(1) 茨城県立こころの医療センター	17床	
(2) 群馬県立精神医療センター	6床	(将来16床で運営予定)
(3) 埼玉県立精神医療センター	33床	
(4) 東京都立松沢病院	33床	

(5) 神奈川県立精神医療センター芹香病院	2床	(将来33床で運営予定)
(6) 山梨県立北病院	5床	
(7) 長野県立こころの医療センター駒ヶ根	6床	
(8) 静岡県立こころの医療センター	12床	
(9) 大阪府立精神医療センター	5床	(将来33床で運営予定)
(10) 岡山県精神科医療センター	33床	
(11) 山口県立こころの医療センター	2床	(将来8床で運営予定)
(12) 長崎県病院企業団長崎県精神医療センター	17床	
(13) 鹿児島県立始良病院	17床	
(14) 山形県立鶴岡病院		建設準備中
(15) 栃木県立岡本台病院		建設準備中
(16) 愛知県立城山病院		建設準備中
(17) 滋賀県立精神医療センター		建設準備中

表7 指定医療機関の整備状況 (医療観察法医療体制整備推進室調べを改変)

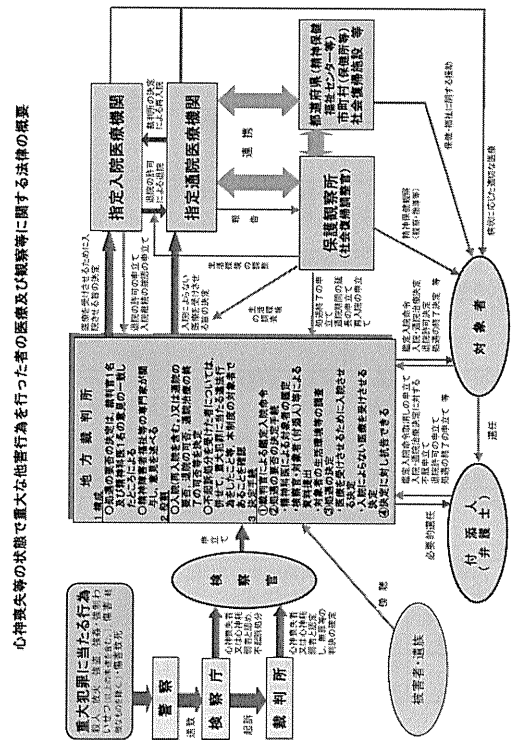
都道府県	病院	診療所	薬局	政令1条(訪問看護)	計
北海道	28	2	15	1	46
青森県	8	1	142	1	152
岩手県	5	0	4	0	9
宮城県	9	3	6	4	22
秋田県	3	0	334	1	338
山形県	8	2	7	2	19
福島県	8	1	169	2	180
茨城県	13	0	380	0	393
栃木県	6	0	1	0	7
群馬県	2	0	147	0	149
埼玉県	9	0	100	3	112
千葉県	10	0	76	2	88
東京都	15	2	14	6	37
神奈川県	11	1	2	2	16
新潟県	10	0	450	1	461

都道府県	病院	診療所	薬局	政令1条(訪問看護)	計
山梨県	3	0	2	0	5
長野県	11	0	45	4	60
富山県	3	0	10	2	15
石川県	4	0	5	1	10
岐阜県	7	1	39	0	47
静岡県	11	0	8	0	19
愛知県	10	2	4	2	18
三重県	6	0	0	3	9
福井県	4	0	48	0	52
滋賀県	8	1	4	0	13
京都府	4	0	33	3	40
大阪府	25	0	17	17	59
兵庫県	16	1	5	6	28
奈良県	4	0	6	1	11
和歌山県	4	1	5	0	10
鳥取県	4	0	120	0	124
島根県	3	1	9	1	14

都道府県	病院	診療所	薬局	政令1条 (訪問看護)	計
岡山県	5	0	3	0	8
広島県	5	1	7	5	18
山口県	7	0	15	0	22
徳島県	6	1	0	0	7
香川県	3	0	6	0	9
愛媛県	8	0	4	2	14
高知県	6	0	87	2	95
福岡県	15	1	4	4	24
佐賀県	7	0	5	0	12
長崎県	5	0	7	2	14
熊本県	3	0	0	1	4
大分県	3	0	3	0	6
宮崎県	4	0	0	0	4
鹿児島県	9	0	0	1	10
沖縄県	6	0	5	1	12
合計	364	22	2,353	83	2,822

III. 医療観察制度の概要図

図3 医療観察制度の概要



IV. 保護観察所一覧

表8 保護観察所一覧

名称	〒	住所	電話番号
札幌	060-0042	北海道札幌市中央区大通西12丁目	札幌第三合同庁舎 011-261-9225
室蘭駐在官事務所	050-0081	北海道室蘭市日出町1-18-21	室蘭法務合同庁舎 0143-44-6730
函館	040-8550	北海道函館市新川町25-18	函館地方合同庁舎 0138-26-0431
旭川	070-0901	北海道旭川市花咲町4丁目	旭川法務総合庁舎 0166-51-9376
稚内駐在官事務所	097-0001	北海道稚内市末広5-6-1	稚内地方合同庁舎 0162-33-1144
沼田駐在官事務所 (沼田町就業支援センター)	078-2202	北海道雨竜郡沼田町南一条3-9-21	0164-36-2010
釧路	085-8535	北海道釧路市幸町10-3	釧路地方合同庁舎 0154-23-3200
帯広駐在官事務所	080-0805	北海道帯広市東五条南9-1-1	帯広法務総合庁舎 0155-23-5716
北見駐在官事務所	090-0065	北海道北見市寿町4-2-16	北見法務総合庁舎 0157-61-8027
網走駐在官事務所	093-0031	北海道網走市台町1-4-15	網走法務合同庁舎 0152-43-3619
青森	030-0861	青森県青森市長島1-3-25	青森法務総合庁舎 017-776-6418
盛岡	020-0023	岩手県盛岡市内丸8-20	盛岡法務合同庁舎 019-624-3395

仙台	980-0812	宮城県仙台市青葉区片平1-3-1	仙台法務総合庁舎 022-221-1451
秋田	010-0951	秋田県秋田市山王7-1-2	秋田地方法務合同庁舎 018-862-3903
山形	990-0046	山形県山形市大手町1-32	山形地方法務合同庁舎 023-631-2277
福島(福島自立更生促進センター)	960-8017	福島県福島市狐塚17	福島法務合同庁舎 024-534-2246
いわき駐在官事務所	970-8026	福島県いわき市平字八幡小路42	いわき法務合同庁舎 0246-25-8744
水戸	310-0061	茨城県水戸市北見町1-1	水戸地方法務合同庁舎 029-221-3942
ひたちなか駐在官事務所 (茨城就業支援センター)	312-0033	茨城県ひたちなか市大字市毛858-82	029-354-2601
宇都宮	320-0036	栃木県宇都宮市小幡2-1-11	宇都宮地方法務合同庁舎 028-621-2271
前橋	371-0026	群馬県前橋市大手町3-2-1	前橋法務合同庁舎 027-237-5010
さいたま	330-0063	さいたま市浦和区高砂3-16-58	さいたま法務総合庁舎 048-861-8287
千葉	260-8513	千葉県千葉市中央区中央港1-11-3	千葉地方合同庁舎 043-204-7791

東京	100-0013	東京都千代田区霞が関1-1-1	中央合同庁舎6号館A棟	03-3597-0120
立川支部	190-0014	東京都立川市緑町6番地の3	立川第二法務総合庁舎	042-521-4231
横浜	231-0001	神奈川県横浜市中区新港1-6-2	横浜第一港湾合同庁舎	045-201-3006
小田原駐在官事務所	250-0012	神奈川県小田原市本町1-7-1	小田原法務合同庁舎別館	0465-22-8590
新潟	951-8104	新潟県新潟市中央区西大畑町5191	新潟地方法務総合庁舎	025-222-1531
上越駐在官事務所	943-0834	新潟県上越市西城町2-9-20	高田法務総合庁舎	025-523-7877
甲府	400-0032	山梨県甲府市中央1-11-8	甲府法務合同庁舎別館	055-235-7144
長野	380-0846	長野県長野市旭町1108	長野地方法務合同庁舎	026-234-1993
飯田駐在官事務所	395-0053	長野県飯田市大久保町2637-3	飯田地方合同庁舎	0265-22-2633
静岡	420-0853	静岡県静岡市葵区追手町9-45	静岡地方法務合同庁舎	054-253-0191
浜松駐在官事務所	430-0929	静岡県浜松市中区中央1-12-4	浜松合同庁舎	053-456-7525
沼津駐在官事務所	410-0831	静岡県沼津市市場町9-1	沼津合同庁舎	055-931-2037
富山	939-8202	富山県富山市西田地方町2-9-16	富山法務合同庁舎	076-421-5620

105

金沢	920-0024	石川県金沢市西念3-4-1	金沢西合同庁舎	076-261-0058
七尾駐在官事務所	926-0818	石川県七尾市馬出町ハ1	七尾法務総合庁舎	0767-53-5974
福井	910-0019	福井県福井市春山1-1-54	福井春山合同庁舎	0776-22-2858
岐阜	500-8812	岐阜県岐阜市美江寺町2-7-2	岐阜法務総合庁舎別館	058-265-2651
名古屋	460-8524	愛知県名古屋市中区三の丸4-3-1	名古屋法務合同庁舎	052-951-2941
豊橋駐在官事務所	440-0884	愛知県豊橋市大国町111	豊橋地方合同庁舎	0532-54-4011
津	514-0032	三重県津市中央3-12	津法務総合庁舎	059-227-6671
四日市駐在官事務所	510-0068	三重県四日市市三栄町4-21	四日市法務合同庁舎	059-354-3664
大津	520-0057	滋賀県大津市御幸町6-5		077-524-6683
京都	602-0032	京都府京都市上京区烏丸通今出川上る岡松町255		075-441-5141
大阪	540-0008	大阪府大阪市中央区大手前4-1-76	大阪合同庁舎第4号館	06-6949-6240
堺支部	590-0078	大阪府堺市堺区南瓦町2-55	堺法務合同庁舎	072-221-0037
神戸	650-0016	兵庫県神戸市中央区橋通1-4-1	神戸法務総合庁舎	078-351-4004
姫路駐在官事務所	670-0947	兵庫県姫路市北条1-250	姫路法務合同庁舎	079-282-2266

106

尼崎駐在官事務所	660-0892	兵庫県尼崎市東灘波町4-18-36	尼崎地方合同庁舎	06-6481-4503
奈良	630-8213	奈良県奈良市登大路町1-1	奈良地方法務合同庁舎	0742-23-4868
和歌山	640-8143	和歌山県和歌山市二番丁2	和歌山地方合同庁舎	073-436-2501
鳥取	680-0842	鳥取県鳥取市吉方109	鳥取第三地方合同庁舎	0857-22-3518
米子駐在官事務所	683-0067	鳥取県米子市東町124-16	米子地方合同庁舎	0859-34-7001
松江	690-0841	島根県松江市向島町134-10	松江地方合同庁舎	0852-21-3767
岡山	700-0807	岡山県岡山市北区南方1-3-58	岡山地方法務合同庁舎	086-224-5661
津山駐在官事務所	708-0022	岡山県津山市山下46-42		0868-24-4868
広島	730-0012	広島県広島市中区上八丁堀2-15	広島法務合同庁舎	082-221-4495
福山駐在官事務所	720-0031	広島県福山市三吉町1-7-2	福山法務合同庁舎	084-921-7793
山口	753-0088	山口県山口市河原町6-16	山口地方合同庁舎2号館	083-922-1337
下関駐在官事務所	750-0009	山口県下関市上田中町8-2-1	下関法務合同庁舎	083-232-8549
徳島	770-0851	徳島県徳島市徳島町城内6-6	徳島地方合同庁舎	088-622-4359
高松	760-0033	香川県高松市丸の内1-1	高松法務合同庁舎	087-822-5445

107

松山	790-0001	愛媛県松山市一番町4-4-1	松山法務総合庁舎	089-941-9983
宇和島駐在官事務所	798-0036	愛媛県宇和島市天神町4-40	宇和島地方合同庁舎	0895-24-3991
高知	780-0870	高知県高知市本町4-3-41	高知地方合同庁舎	088-873-5118
福岡	810-0073	福岡県福岡市中央区舞鶴1-4-13		092-761-6736
北九州支部	803-0813	福岡県北九州市小倉北区城内5-3	小倉合同庁舎	093-561-6340
北九州自立更生促進センター	803-0801	福岡県北九州市小倉北区西港町103-2		093-562-3146
飯塚駐在官事務所	820-0018	福岡県飯塚市芳雄町13-6	飯塚合同庁舎	0948-22-4775
佐賀	840-0041	佐賀県佐賀市城内2-10-20	佐賀合同庁舎	0952-24-4291
長崎	850-0033	長崎県長崎市万才町8-16	長崎法務合同庁舎	095-822-5175
佐世保駐在官事務所	857-0801	長崎県佐世保市祇園町21-1	佐世保法務合同庁舎	0956-23-3181
熊本	862-0971	熊本県熊本市大江3-1-53	熊本第二合同庁舎	096-366-8080
八代駐在官事務所	866-0863	熊本県八代市西松江城町11-11	八代法務合同庁舎	0965-32-0387
大分	870-8523	大分県大分市荷揚町7-5	大分法務総合庁舎	097-532-2053
宮崎	880-0802	宮崎県宮崎市別府町1番1号	宮崎法務総合庁舎	0985-24-4345
鹿児島	892-0816	鹿児島県鹿児島市山下町13-10	鹿児島地方法務合	099-226-1556

108

			同庁舎	
奄美駐在官事務所	894-0033	鹿児島県奄美市名瀬矢之脇町1-2	奄美法務合同庁舎	0997-52-0944
那覇	900-0022	沖縄県那覇市樋川1-15-15	那覇第一地方合同庁舎	098-853-2945
宮古島駐在官事務所	906-0013	沖縄県宮古島市平良字下里1016	宮古島地方合同庁舎	0980-72-4780
石垣駐在官事務所	907-0004	沖縄県石垣市宇登野城55-4	石垣地方合同庁舎	0980-82-4770

法務省ホームページ 全国保護観察所所在地一覧を改変

109

10. 奈良県における医療観察法に基づく地域処遇運営要領
11. 「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」に基づく東京都の地域社会における処遇に関するガイドライン
12. 心神喪失者等医療観察法による地域処遇マニュアル（東京都心神喪失者等医療観察制度運営連絡協議会）
13. 心神喪失者等医療観察制度ハンドブック（保健所 Q&A）：平成20年度厚生労働科学研究補助金 こころの健康科学研究事業「司法精神医療の適正な実施と普及のあり方に関する研究」（主任研究者 小山 司）、分担研究事業「司法精神医療に関する行政機関の役割に関する研究」（分担研究者 角野文彦）

111

V. 参考資料

ハンドブック作成にあたり参考にした主な資料のリストです。

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
2. 地域社会における処遇のガイドライン
3. 通院処遇ガイドライン
4. 指定通院医療機関運営ガイドライン
5. 心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック「精神障害者の社会復帰をすすめる新しい地域ケア体制の確立のために（法務省保護局）」
6. 心神喪失者等医療観察法 Q&A「精神障害者の社会復帰をすすめる新しい地域ケア体制の確立のために（法務省保護局）」
7. 千葉県における心神喪失者医療観察法に基づく地域社会における処遇に関するガイドラインの運営要領
8. 神奈川県における医療観察法に基づく地域処遇運営要領
9. 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に基づく地域社会における処遇に関する運営要領

110

おわりに

心神喪失者等医療観察制度ハンドブック（保健所が対象者を地域で支援するための Q&A）は、平成23年度厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」（主任研究者：小山 司）の分担研究事業「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）において、分担研究者の監修・編集、研究協力者の執筆、研究アドバイザーの監修により作成されました。このハンドブックを保健所等の現場で活用して頂きたいと思います。

112

司法精神医療における行政機関の役割に関する研究班
心神喪失者等医療観察制度ハンドブック
(保健所が対象者を地域で支援するためのQ&A)

【分担研究者】監修者・編集者

角野 文彦 (滋賀県健康福祉部)

【研究協力者】執筆者

東海林 文夫 (東京都 中央区保健所)

竹之内 直人 (愛媛県 松山保健所)

鈴木 孝太 (山梨大学大学院医学工学総合研究部附属
出生コホート研究センター)

三澤 孝夫 (国立精神・神経医療研究センター、
小山班分担研究者)

【研究アドバイザー】監修者

八木 深 (国立病院機構 東尾張病院、小山班分担研究者)

松原 三郎 (松原病院、小山班分担研究者)

平成23年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業(精神障害分野)
「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」
(主任研究者：小山 司)

心神喪失者等医療観察制度ハンドブック
(保健所が対象者を地域で支援するためのQ&A)

発行日 平成24年1月

作成者 角野 文彦(分担研究者)
「司法精神医療における行政機関の役割に関する研究班」

鑑定入院命令の取消し請求

——最高裁判所平成21年8月7日第三小法廷決定について——

山本輝之

I. はじめに

(1) 2003年に、「心神喪失者等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察に関する法律」(以下、「医療観察法」、「法律」または「法」ということもある)が制定・公布され、2005年7月から施行された。これは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害という重大な他害行為(以下、「対象行為」という)を行ったが、不起訴処分となった心神喪失者、心神耗弱者または責任無能力を理由として無罪の確定判決を受けた者あるいは限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者(以下、これらの者を「対象者」ということもある)に対し、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ならびにその確保のために必要な観察および指導を行うことによって、その病状の改善およびこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、その社会復帰を促進することを目的として制定されたものである(1条)。

(2) この法律の運用については、さまざまな法律問題が存在し、それらに関する重要な判例が相当数出されている¹⁾が、その1つとして、鑑定入院命令に対する取消し請求に関する、最高裁判所平成21年8月7日第三小法廷決定がある。そこで、本稿は、医療観察法の制定経緯、その手続の概要を説明したうえで、上記判例における論点について、若干の考察を行うものである。

II. 医療観察法の制定の経緯

(1) これまで、わが国においては、重大な犯罪を行ったが、不起訴処分になった精神障害者またはその疑いがある者、責任無能力を理由として無罪の確定判

決を受けた者または限定責任能力を理由として自由刑の執行を免れた者は、刑事司法の手續からははずされ、精神保健福祉法25条、29条に基づいて、検察官の通報により、措置入院の手續がとられることになっていた。しかし、以前から、重大な犯罪行為を行ったにもかかわらず、精神障害を理由に司法による責任追及が行われぬのは不当である、また、現在の措置入院制度は、このような精神障害者の再犯を防止するためには十分ではない、このような事態に対応するためには、彼らに対して刑罰に代えて保安処分を科すことができるよう刑法を改正すべきである、という見解が主張されてきた²⁾。

1974年には、法制審議会が、精神障害によって禁固刑以上の犯罪を行った者について保安上必要があると認められる場合には、法務省が設置する保安施設に收容し、治療および看護のために必要な措置を行うという「治療処分」と、アルコール依存、薬物依存等により禁固刑以上の犯罪を犯し、保安上必要があると認められる場合には、保安施設に收容し、依存状態を除去するために必要な措置を講じるとする「禁絶処分」という2つの処分を内容とする保安処分制度の導入を盛り込んだ改正刑法草案を提案した。しかし、①精神障害者の将来の危険性を予測することは困難である、②不確かな危険性を根拠として精神障害者に処分を科すことは彼らを不当に差別することになり、人権侵害に結び付く、③保安施設における医療は、保安を重視せざるを得ないから、治療関係を成立させることが困難である、ということなどを主な理由とする日本精神神経学会、日本弁護士連合会などの反対により実現しなかった³⁾。

その後、1981年には、法務省が、保安処分を治療処分のみに限定し、その対象者を、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害の、いわゆる「六罪種」を行った者に限定する「保安処分制度（刑事局案）の骨子」を発表したが、やはり反対が強く、実現には至らなかった。その後、1984年3月に、宇都宮病院で、入院患者を看護職員が金属パイプで殴打し、死亡させるという事件が起こり、わが国の精神医療全体が国連の場において激しく非難されたことから、1987年に、当時の精神衛生法を改正して、精神保健法が制定された。この改正は、任意入院制度、精神保健指定医および精神医療審査会制度の創設を柱とするものであった。このような状況において、重大な他害行為を行った精神障害者に対する司法的対応が存在しないのに、彼らの人権の保護の方ばかりを厚くすると

いうのは具合が悪いのではないか、精神障害者で処遇の困難な者に対して特別な処遇を行う制度を設けるべきではないかという意見が強く出されるようになった。これを受けて、1989年から、厚生科学研究による「精神科領域における他害と処遇困難性に関する研究」（いわゆる道下研究）が出され、その結論を受けて、1991年に公衆衛生審議会が中間意見を出した。その内容は、処遇困難患者の処遇について、法律の改正によってではなく、措置入院の運用によって対応しようというものであった。当時の言葉で、「ウルトラ措置」と呼ばれ、それは、処遇困難患者の処遇の改善を図るために、国立または都道府県立の精神病院に専門病棟を整備して、これらの者に対して特別な医療を行おうという提案であった。しかし、これも強い反対運動にあって挫折した。しかし、その後も、日本精神病院協会などから、重大な他害行為を行った精神障害者の再犯を防止するため、特別な処遇制度を設けるべきであるとする要望が強く出され、1999年の精神保健福祉法の改正の際に、衆議院厚生委員会において、「重大な犯罪を犯した精神障害者の処遇のあり方について、幅広い観点から検討を早急に進めること」という附帯決議がなされた。

これを契機として、2001年1月29日に、重大な犯罪を犯した精神障害者が犯罪を繰り返さないようにするための対策を様々な観点から、協議、検討することを目的とした法務省・厚生労働省による合同検討会が設けられた。

(2) このような状況の中で、2001年6月8日に、精神病院に入退院を繰り返していたAが、大阪教育大学付属池田小学校に侵入し、児童8名の刺殺を含む、23名を殺傷するという衝撃的な事件が起こった。そして、Aは、それより2年以上前に傷害事件を起こしたが、その時は措置入院させられ、約40日後に退院させられていたものの、結果的に起訴猶予処分になっていたという事実が、事件後判明した。これを契機として、法務省、厚生労働省により急遽「法律案」が作られ、2003年7月に、医療観察法が制定・公布され、2005年7月から施行された。

Ⅲ. 手続の概要

この法律が規定する手続の概要は以下のようなものである⁴⁾。

1. 処遇の申立て

(1) 検察官による処遇の申立て

まず、対象者について、検察官が地方裁判所に対して処遇の要否・内容を決定することの申立てを行う（法33条）。その要件は、①対象者が法2条2項に規定された対象行為を行ったこと、②対象者が心神喪失、心神耗弱を理由として不起訴処分となったこと、または裁判において心神喪失によって無罪判決が確定したこと、あるいは心神耗弱により自由刑の執行を免れたことである（法2条3項）。

検察官は、対象者が以上の申立ての要件を満たす場合には、原則として、地方裁判所に対し、法42条1項の決定を行うことを申立てなければならない。法42条1項の決定とは、①入院による医療を受けさせる旨の決定、②入院によらない医療を受けさせる旨の決定、③この法律による医療を行わない旨の決定である。

(2) 鑑定入院命令

検察官の申立てを受けた地方裁判所の裁判官は、原則として対象者について鑑定入院を命じなければならない（法34条1項）。これは後述の鑑定命令とは異なることに注意する必要がある。この命令は、判事補1人であることができる（法34条6項）。

鑑定のための入院期間は命令が執行された日から起算して2ヵ月であるが、必要があると認めるときは、裁判所の決定により、通じて1ヵ月を超えない範囲で延長することができる（法34条3項）。

(3) 鑑定命令

裁判所は、原則として、鑑定入院命令を出された対象者について、精神保健判定医またはこれと同等以上の学識を有すると認める医師に鑑定を行うことを命じなければならない（法37条1項）。

鑑定すべき事項は、①対象者が精神障害者であるか否か、②この法律による医療を受けさせる必要があるか否かである（法37条1項）。

(4) 生活環境調査

裁判所は、保護観察所の長に対し、対象者の生活環境の調査を行うことを求めることができる（法38条）。

2. 裁判所による審理

(1) 審判の構成

審判は、1人の裁判官と1人の精神保健審判員からなる合議体により行われる。さらに、特に必要がないと認められる場合を除いて、精神保健参与員（精神保健福祉の専門家）を審判に関与させ、処遇の要否・内容についての意見を聴くこととしている（法36条）。

(2) 裁判所による呼出状、同行状の発布・執行・出頭命令、付添人の選任

地方裁判所は、審理をするにあたり、対象者に対し呼出状、同行状を発することができる（法26条1項、2項）。また、裁判所は、検察官の申立てがあった場合には、弁護士である付添人を必ず付けなければならない（法35条）。

(3) 対象者の鑑定、保護観察所による生活環境の調査・報告

前述した鑑定を行った医師は、鑑定結果等を裁判所に報告しなければならない（法37条3項）。また、裁判所は、保護観察所の長に、対象者の生活環境調査委の結果の報告を求めることができる（法38条）。

(4) 審判期日の開催

裁判所は、法33条1項の申立てがあった場合は、原則として、審判期日を開かなければならない（法39条1項）。この審判期日において、裁判所は、当該対象者及び付添人から意見を聴かなければならない（法39条3項）。

(5) 処遇の決定方法

合議体の裁判の決定は、裁判官と精神保健審判員との意見が一致したところによる（法41条）。

(6) 決定内容

これには、以下の3つのものがある。

第1は、申立て却下の決定である（法40条1項）。これは、不起訴処分とされた対象者について、①対象行為を行ったとは認められない場合、または②心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないとする場合である。①の決定が確定した場合には、検察官は、あらためて起訴したり、申立てを行うことはできない（法46条1項）。これに対して、②の場合には、検察官は、あらためて起訴することができる（法46条2項）。

第2は、心神喪失者として不起訴処分になった対象者について、心神耗弱者

と認めた旨の決定である。検察官が心神喪失者と認めて不起訴処分にした対象者について、裁判所が心神耗弱であると判断した場合には、裁判所はその旨の決定をし、検察官にもう1度起訴するか、申立てを行うかの判断を求めることになる（法40条2項）。

第3は、処遇の要否・内容の決定である。それには、①入院による医療を受けさせる旨の決定、②入院によらない医療を受けさせる旨の決定、③この法律による医療を行わない旨の決定がある（法42条1項）。

①、②の決定を行うには、1) 対象行為の際の精神障害の存在（疾病性）、2) 治療可能性、3) この法律による医療を受けさせなければ、その精神の障害のために社会復帰の妨げとなる、同様の行為を行う具体的・現実的可能性（社会復帰阻害要因）という3つの要件を満たす必要があると考えられている⁵⁾。

(7) 処遇決定の効力

①の決定がなされた対象者には、指定入院医療機関で医療を受ける義務が生じる（法43条1項）。入院期間の上限は、法律には規定されていないが、「入院処遇ガイドライン」⁶⁾によると、おおむね18ヵ月で退院を目指すとされている。

②の決定がなされた対象者には、指定通院医療機関で医療を受ける義務が生じる（法43条2項）。その期間は原則として3年で、2年まで延長が可能であり、最長5年が上限であると規定されているが、「通院処遇ガイドライン」⁷⁾によると、25ヵ月～36ヵ月を目標とするとされている。この通院期間中は、保護観察所に所属する社会復帰調整官による観察に付され（これを「精神保健観察」という）、継続的に医療を受けることを確保するため、その通院の状況や生活の状況を見守り、必要な指導が行われることになっている。また、この場合、精神保健福祉法上の入院を併用することも可能である（法115条）。

3. 入院継続・退院許可、再入院の申立て

入院医療機関の管理者は、対象者について入院継続の必要がある場合には、入院決定のあった日から6ヵ月が経過する日までに、地方裁判所に対して入院継続の確認の申立てをしなければならない（法49条2項）。これに対して、指定入院医療機関の管理者が対象者について入院継続の必要があると認めることができなくなった場合には、地方裁判所に対して退院の許可を申立てなければな