

開始された「医療観察法」における司法精神医療等人材養成研修会での鑑定ガイドラインの説明も「松下班」の報告に基づいているということがその理由のひとつである。厚生労働省が画定した「ガイドライン」と違って、この鑑定ガイドラインに絶対的に従わなければならないということではないが、これまでの関係者のなかではひとまずこのガイドラインを基準とすることで意見の一致をみており、このガイドラインに基づいて実際に鑑定が行われるはずであり、ここに公表する次第である。

本ガイドラインがこれからの医療観察法鑑定に従事される鑑定人の参考となれば幸甚である。

なお、本鑑定ガイドラインは、「松下班」中の分担研究である「触法精神障害者の治療必要性に関する研究」（分担研究者：平野誠 独立行政法人国立病院機構・肥前医療センター長）の3年間にわたる成果に主として基づいている。また、ガイドライン中にある、社会復帰要因をめぐる共通評価項目は厚生労働省による「入院処遇ガイドライン」に依拠していることを付記しておく。

平成17年8月1日

研究班 主任研究者 松下 正明

189

心神喪失者等医療観察法鑑定ガイドライン

() は医療観察法の条項を示す。

～基本的な考え方～

1. 医療観察法の趣旨

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（以下「本法」という。）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、そ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している（1条1項）。

2. 本ガイドラインの目的

本ガイドラインは、本法の規定に基づき裁判所に鑑定を命ぜられた医師（以下「鑑定医」という。）が、本法の規定に基づき行われる鑑定（以下、「医療観察法鑑定」という。）の鑑定書に記載すべき事項の概要について述べ、鑑定医が作成する鑑定書の記載内容を標準化することを目的とする。本ガイドラインは、医療観察法鑑定を行う上での技術的な留意点について記載し、今後における医療観察法鑑定の技術の向上を目指すものである。

3. 医療観察法鑑定

1) 医療観察法鑑定の目的

医療観察法鑑定は、対象者に関し、第一に精神障害者であるか否か、第二に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この法律による入院または通院の医療を受けさせる必要性（以下「医療観察法医療必要性」という。）があるか否かの判断のために行われる（37条1項）。これらの判断に資するために、鑑定医は対象者の病歴や関連する側面情報を収集し、診察、検査等を実施して鑑定を行う。

医療観察法鑑定は精神障害の類型、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容、並びに当該対象者の性格を考慮に入れて行い、医療観察法における医療必要性に関する鑑定の結果を述べるとともに、該当する場合には併せて、このような鑑定の結果に、当該対象者の病状に基づき、本法による入院による医療の必要性に関する意見を付すものである（法37条2、3項）。

190

2) 医療観察法鑑定の種類（入通院・退院及び入院継続・再入院）

第一に、検察官は、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したとき、又は被疑者が、対象行為について、心神喪失を理由とする無罪の確定裁判若しくは心神耗弱を理由として刑を減輕する旨の確定裁判（実際に刑に服させることとなるものを除く。）を受けた場合、原則として、本法による処遇の要否及びその内容を決定することを申し立てることとなる場合、この検察官の申立てに係る審判においては、原則として医療観察法鑑定が行われる（37条）。

第二に、指定入院医療機関の管理者による退院の許可の申立て、指定入院医療機関の管理者による入院継続の確認の申立て、又は指定入院医療機関に入院している対象者等による退院の許可若しくは本法による医療の終了の申立てに係る審判において、裁判所が審判のため必要があると認める時には医療観察法鑑定を命じる場合がある（52条）。

第三に、本法の入院によらない医療を受けさせる旨の決定を受けた対象者について、保護観察所の長から指定通院医療機関の管理者の意見を付して、本法による医療の終了の申立て、入院によらない医療を行う期間の延長の申立て若しくは入院の申立て又は入院によらない医療を受けさせる旨の決定を受けた対象者等による本法による医療の終了の申立てに係る審判において、裁判所が審判のため必要があると認める時には医療観察法鑑定を命じる場合がある（57、62条）。

3) 刑事訴訟手続における鑑定との相違

刑事訴訟手続における精神鑑定では、鑑定人は、被鑑定人が当該行為を行ったときの精神状態を精査し、その責任能力の有無・程度について言及する。精神鑑定は専門家による判断ではあるものの、証拠の一つにすぎず、最終的には検察官ないし裁判所が種々の要素を考慮して総合的に責任能力の有無を判断する。

それに対して、医療観察法鑑定では、鑑定医は対象者の医療観察法における医療必要性についての意見を述べるものである。

4. 医療観察法鑑定における考え方

1) 医療観察法における医療必要性の判断

医療観察法における医療必要性の判断において、鑑定医は下記に示す3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行い、意見を述べる。

2) 医療観察法における医療必要性に係る3つの評価軸

(1) 疾病性

191

疾病性とは、対象者の精神医学的診断とその重症度、及び対象者の精神障害と当該他害行為との関連性を意味する。

対象者の精神医学的診断においては、ICD-10による分類を原則とする。また疾病の重症度に関しては、臨床的な記述をすると共に例えばICFやGAF等により評価を行う。疾病による弁識能力・制御能力の障害についても評価する。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者においては、疾病と当該他害行為との関連性が認められるものと考えられるが、その関連性の強さについても医療観察法鑑定において評価する。

(2) 治療反応性

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。

対象者の精神障害が治療及び医学的なケアの可能性のないものである場合、すなわち対象者の精神障害が治療可能性のない場合は本法に係る医療の対象とはならない。対象者の精神障害の治療可能性を査定するためには、対象者が精神障害を有すること、対象者が治療反応性を有することが必要である。医療観察法鑑定においては、対象者が精神障害者であるか否かの判断と並行して、実際に対象者に対する精神医学的治療的アプローチを行うことで、対象者の反応を精査する。

治療反応性の判断に当たっては、以下のような下位概念に分けて考えることが有用である。即ち、対象者が治療を受けることに対する肯定的な動機づけを持ちうるかどうか（治療動機と準備性）、対象者が治療に同意して積極的に治療に参加できるかどうか（治療の同意と参加）、実際に行った治療が目標にあった効果を発揮するかどうか（治療目標と効果）、治療の効果が他の場面にも般化するかどうか（治療の般化）。

上記を総合的に考察した結果、対象者が治療反応性を全く有しないと判断されれば、必然的に対象者の精神障害は治療可能性のないものであると判断される。

(3) 社会復帰要因

本法は対象者の社会復帰を促進するための法律であるから、その処遇の決定に当たっては、対象者が社会復帰という目的を果たすことを促進あるいは阻害する要因について精査する必要がある。仮に対象者が高い疾病性を有しており治療反応性が認められたとしても、対象者の社会復帰を阻害するような確たる要因が何ら認められないのであれば、あえて対象者に本法による処遇を行う必要はないであろう。本稿ではこの点に着目し、特に対象者の円滑な社会復帰を阻害しうる要因について、社会復帰要因という軸を設けて判断する。社会復帰要因は対象者の環境や経過（文脈）を考慮に入れることなしには論じることができない。社会復帰要因の評価にあたっては、臨床的な情報の積み重ねと構造的な評価方法等を参

192

考にする。後述する共通評価項目の17項目は、主に社会復帰要因のうち可変性のある要素についての経時的評価のために用いられる。

3) 時間軸の設定

医療観察法鑑定は、評価を何時の時点のもので行うのか、その時間軸の設定に特徴がある。過去に関しては生育歴、生活歴などを遡り、当該行為時、鑑定をしている現在、さらに審判時点での予測など長い時間の中での評価を行う。

疾病性や治療反応性、社会復帰要因が将来において変化しうるかについて意見を述べる。

4) 医療観察法における医療必要性の判断基準

医療観察法における医療必要性があると判断するためには、疾病性・治療反応性・社会復帰要因のいずれもが一定水準を上回ることが必要である。三者のいずれか一つでも水準を下回る場合には医療観察法における医療必要性がないと判断される。鑑定医は鑑定書を提出する時点での三者について記載し、もって医療観察法における医療必要性に関する意見を述べ、さらに審判時点における三者についての予測的見解を妥当な範囲に限り記載する。

～医療観察法鑑定における鑑定書の記載内容～

医療観察法鑑定を行うに当たっては、鑑定医は鑑定書を作成するにあたり審判の参考となる一定の様式を守ることが望ましい。

以下に鑑定書に記載すべき事項の原案をあげる。

1. 事実関係に関する記載

対象者の情報：氏名・性別・生年月日・年齢・国籍・本籍・現住所・職業付添人の情報（該当時）：氏名・事務所所在地

保護者の情報：氏名・住所

医療観察法鑑定に至る経緯（該当時）：地方裁判所名・裁判官・精神保健審判員・医療観察法鑑定を命ずる裁判の内容等

裁判関係（該当時）：送致警察署・主任検察官・判決裁判所・事件番号事件概要：当該対象行為の罪名・当該対象行為の概要、不起訴処分又は裁判の内容

医療観察法鑑定日時関係：医療観察法鑑定開始年月日・鑑定書作成年月日鑑定入院関係（該当時）：鑑定入院医療機関名・入院年月日

193

家族歴：負因・家族に関して特記すべき情報

生活史：出生地・生育歴・学歴（成績）・職歴・性発達歴・婚姻歴・海外渡航歴

最近の生活状況：家庭環境・交友関係・経済状況・社会活動・関心事（趣味）・宗教・社会福祉サービスの利用状況

犯罪歴：過去の他害行為の有無及び内容（あれば内容・裁判の結果・服役状況・補導・保護観察処分、不起訴処分等）

既往歴：身体疾患罹患及び治療歴・精神疾患罹患及び治療歴・精神科入院回数薬歴：常用薬物・違法薬物乱用歴・飲酒・喫煙・アレルギー歴

側副情報から特記すべき事項

2. 医療観察法鑑定に係る意見

「3つの評価軸による対象者の評価（それぞれ時間軸を考慮）」

疾病性：診断・重症度・当該対象行為と疾患との関連性
治療反応性：治療準備性・治療同意・治療の効果・治療の教化
社会復帰要因：共通評価項目・その他特記すべき情報

「本文」

対象者が精神障害者か否か

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この法律による医療を受けさせる必要があるか否か

この法律による入院による医療の必要性に関する意見（37、52、62条の鑑定の場合）

3. 医療観察法鑑定に係る情報

診断：主診断・副診断・身体合併症

現病歴：主診断に係る病歴・治療内容とその結果・対象行為を行った際の対象者の症状

鑑定時現症：鑑定書作成時点での対象者の症状及び状態像及び予測される将来の症状

対象者の性格傾向：臨床的観察事項・心理テストにおいて特記すべき事項

鑑定入院中に行った治療内容とその結果

194

特記すべき身体検査結果

その他参考となる事項

4. 別添（必要に応じて）

不起訴事件記録・裁判記録・刑事司法鑑定書・過去の診療録・学校記録・保健福祉サービス記録・心理検査結果・その他臨床検査結果・その他参考資料

～留意事項～

1. 医療観察法鑑定の実際と留意点

医療観察法鑑定は医学的見地から本法による処遇の必要性の有無に関する鑑定を行うものである。対象者の社会復帰を促進するためには、対象者にとって最も適切な処遇が決定される必要があり、裁判所による適切な判断に資するために鑑定医は医療観察法鑑定を行う。

本法の目的は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、そ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り、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」とされている。

このために概ね以下の手順で医療観察法鑑定を進める。

2. 医療観察法鑑定に当たり収集を検討すべき情報

1) 家族歴

家族の病歴と生活や行為の障害（人格、犯罪歴なども含む。）について記載する。

2) 生活史

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。可能な限り客観的で多角的な情報を得るように努める。

- (1) 出生地・成育歴
- (2) 学歴と成績
- (3) 職歴
- (4) 性発達歴・婚姻歴
- (5) 宗教
- (6) 海外渡航歴

195

3) 最近の生活状況

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。

- (1) 家庭環境
- (2) 交友関係
- (3) 経済状況
- (4) 社会活動・関心事（趣味）・宗教
- (5) 社会福祉サービスの利用状況

4) 薬物・アルコール歴

対象者について薬物関連障害を疑う場合には、薬物乱用（有害な使用）、依存、精神病状態、後遺障害など、対象者がどのような病歴水準にあるかを判断する。これらは年余にわたる経過の中で形成され進行するものであり、対象者自身がこれらをどのように認知していたかを客観的な情報をもとに検討する。

5) 犯罪歴・矯正処遇歴

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。特に過去の判決や事件記録等の側副情報を参考に、各行為と対象者の精神状態及び疾病性に関する検討を行う。

6) 性発達歴

生物学的な性発達歴に加えて、実際の行動面より性に関する発達歴を検討する。特に性的サディズムが関係する事例では性生理と他害行為との関係を検討する。

7) 側副情報

対象者にとって最も適切な処遇を迅速に決定するためには、より柔軟で十分な資料に基づいた判断が求められる。これは審判だけではなく鑑定でも同様である。例えば、対象者の発達歴を客観的に査定するには学校記録が、病歴にはこれまでの診療録が、他害行為と疾病の関係ではこれまでの犯罪歴が資料として有用である。一方、守秘義務や対象者の同意なしには閲覧できない資料があることも確かであり、実際には鑑定医の可能な範囲内で情報収集を行うことになる。側副情報源としては次のようなものがある。

- (1) 不起訴事件記録（供述調書を含む）
- (2) 裁判記録
- (3) 刑事司法鑑定書（簡易鑑定、本鑑定）

196

- (4) 前科前歴
- (5) 治療を受けていた場合は診療録
- (6) 学校記録(発達障害など)
- (7) 保健福祉サービス記録
- (8) その他

3. 医療観察法鑑定作業に係る項目

1) 診断

原則的にICD-10を用い、必要があればDSM-IVや従来診断を付記する。主診断に加えて、複数の診断がある場合には副診断も重要である。

2) 精神科現病歴関連

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。これらは診断や治療反応性を検討する上で最も重要な情報である。ときに鑑定医の直接的な視点より過去の診療録を検討する機会を得ることが有用なケースがある。

- (1) 病歴
- (2) 治療歴
- (3) 薬物療法歴

3) 鑑定時現症・精神徴候

精神現症の記載にあたっては標準的な用語を用いる。

4) 人格傾向

発達歴や生活史、過去の行為障害の有無などは不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとにした側副情報を参考にする。対人関係への反応を過去から現在(鑑定時)を診ることで診断するが、心理テストも参考となる。

5) 心理テスト

知能テスト特にWAIS-Rは多くの情報を提供する。人格面のMMPI、うつ病のBDIのように自記式の評価から、専門家によるロールシャッハテストまで多種多様な心理テストの利用が考えられる。脳器質的疾患ではベンダーゲシュタルトテストも必要となる。このほかに文章完成テストやバウムテスト、P-Fスタディなど臨床的にも汎用されている心理テストを採用する。

197

6) 身体的検査(頭部CT、MRI、EEG、血液、肝機能など)

脳器質性疾患を鑑別する上でも頭部の画像診断や脳波検査は重要である。合併する身体疾患などでは血液データや腹部エコー・CTなど精神医学的検査以外の検査が必要となる場合もある。

7) 犯罪歴に関する情報

不起訴事件記録・刑事裁判記録や保護観察所の調査等をもとに側副情報を参考にする。過去の対象者の他害行為等がある場合には時系列で見てゆくと有用な情報となる。特に暴力に関する情報はこれらの行為が生じた背景や文脈と疾病との関係を検討することが重要である。

8) 鑑定中の治療内容と治療に対する反応(薬物療法を中心として)

対象者の治療反応性を評価するために薬物療法を中心とした急性期治療を実施しながら評価を行う。

4. 共通評価項目

医療観察法医療必要性の判断根拠や基準をより検証可能にし、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。共通評価項目は以下の17項目とする。

共通評価項目

「精神医学的要素」

- ・精神病症状
- ・非精神病性症状
- ・自殺企図

「個人心理的要素」

- ・内省・洞察
- ・生活能力
- ・衝動コントロール

「対人関係的要素」

- ・共感性
- ・非社会性
- ・対人暴力

「環境的要素」

198

- ・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」

- ・コンプライアンス
- ・治療効果
- ・治療・ケアの継続性

※共通評価項目の評価基準については資料(厚生労働省作成のガイドラインによる)を参照のこと。

199

7. 医療観察法による医療の必要性について

上記案件につきこれまで司法精神医療等人材養成研修・企画委員会医師部会では再三検討を行ってきたが、平成17年5月20日の医師部会における検討等を経て、下記の内容で意見の一致をみた。今後、この合意文書の記載された要件に着目して、個々の事例における審判のさいの参考とすることが望ましい。

平成17年6月12日

司法精神医療等人材養成研修

企画委員会・医師部会

第1章

医療観察法による医療の必要性を判断する立場にある精神保健審判員は、次の要件に着目することが求められる。

Ⅰ. 審判時点において、当該対象者が対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害と同様の精神障害を有していること

※論点：審判時点で障害の程度が顕著に改善している場合には、精神障害の種類により判断基準は異なりうる。

要件を満たす例

1. 統合失調症において、審判時に寛解状態にある場合。
2. 対象行為時に躁状態あるいはうつ状態であった場合に、審判時点において遊病相の状態を呈している場合。

要件を満たさない例

1. 急性一過性精神病性障害や適応障害等において、審判時には症状が全く認められず精神障害の診断基準を満たさない場合。
2. 当該行為を行った際には心神喪失等の状態の原因となるようなアルコール中毒による精神障害があったものの、審判時にはアルコール依存症のみの診断である場合

Ⅱ. 審判時点の精神医療の水準に照らし、本法による医療を行うことにより、Ⅰで規定した精神障害の改善という効果が見込まれること

※論点：「精神障害の改善」には、「治療を行わなければじきに生ずるであろう病状の増悪を防ぐこと」をも含む。

200

要件を満たす例

1. 治療可能性の乏しい精神遅滞や認知症等であっても、妄想などの症状について治療により改善が可能な場合。この判断は慎重になされる必要がある。

要件を満たさない例

1. 単に薬理的鎮静や物理的な行動制限によって問題行動を抑制するよな場合。

Ⅲ. 本法による医療を受けさせなければ、その精神障害のために社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う現実的な可能性があり、かつ、本法による医療によって、同様の行為を行うことなく社会復帰することを促進できると見込まれること

※論点：

- ・精神障害の改善により同様の行為を行う可能性が一時的に減じている場合でも、病状が再燃すればその可能性が著しく高まる場合がある。
- ・本法による医療の対象は、「同様の行為」を行う「現実的な可能性」を認める者のみに、限定されるべきである。

要件を満たす例

1. 統合失調症において、審判時点で症状は消失しているが病識がないなど再発のおそれが高い場合。

要件を満たさない例

1. 同様の行為を行う漠とした可能性があるに過ぎない場合。
2. うつ病において、症状があり自殺のおそれはあるが、拡大自殺を含む他害行為の可能性があると認めることが出来ない場合。

上記のすべて（Ⅰ～Ⅲ）を満たす場合には、対象者に医療観察法による医療を行う。

第2章

入院決定と通院決定のいずれを行うかについては、次の要件に着目する。

- Ⅰ. 入院による医療の適用：対象者について、対象行為を行った際の精神障

害を改善するために本法の入院という形態による医療が必要であると判断される場合

1)【入院による医療の絶対的適用】

論点：「入院による医療」によってしか提供できないような「医療」を必要とする場合には、絶対的適用とされる。

要件が満たされる例

1. 医療（服薬訓練や心理教育等も含む）を入院環境下で提供する必要があると見なされる場合。

2)【入院による医療の相対的適用】

論点：「入院によらない医療」によっても提供できるような「医療」を必要とする場合でも、その継続を保証する条件が整わない場合には、「入院による医療」から始める必要がある。

要件が満たされる例

1. 統合失調症において、症状は消失しているが病識がなく治療に拒否的であり、周囲の支援も期待できない場合。

Ⅱ.【入院によらない医療の適用】

対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善するために本法の入院によらない医療が必要であると判断される場合

要件が満たされる例

1. 入院による医療の必要性が無く、かつ、対象者が医療の必要性を十分認識し、通院医療に対する十分な同意が得られる場合。ただし、この判断は、慎重になされなければならない。

第3章

精神保健審判員は、対象者の責任能力判定に疑義があり、当該対象行為を行った時点で心神喪失でも心神耗弱でもなかった疑いがあると考えられる場合には、処遇決定を行う前に、裁判官に対して当該申立てを却下することについて検討するよう要請することが望ましい。

治療プログラム、退院調整 地域ケア会議の実際 VI

1. 指定入院医療機関における治療、治療プログラム、社会復帰援助方法等の解説

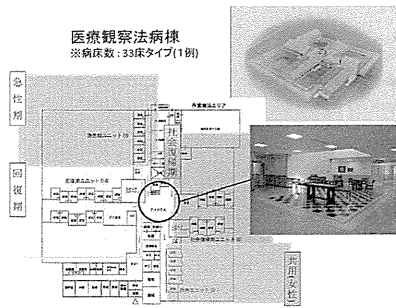
Ⅰ. 医療観察法審判における指定入院医療機関での治療方法等の理解の必要性

医療観察法審判では、指定入院医療機関の治療や退院調整方法等が論議の対象となることは多い。医療観察法の当初審判において、指定入院医療機関の医療内容や特徴、限界などを正しく理解しておくことは、審判決定の重要な判断材料となりえる。また、入院継続協立審判、退院許可申立審判などにおいても、入院継続決定、退院決定を行ううえで、指定入院医療機関の治療や退院調整方法等を理解しておくことは、極めて重要なことである。

指定入院医療機関から地方裁判所へ提出される書類等には、当然、指定入院医療機関で施行された治療内容、治療プログラム、援助方法が、その用語などとともに、そのまま記載されている。精神保健審判員（精神科医）や精神保健参与員（精神保健福祉士、精神科担当の保健師等）など、我が国の精神科の医療に実際にかかわっている専門家でも、司法精神医療における入院治療に関する経験や知識をもっているものは少なく、指定入院医療機関における実際の治療状況などがイメージしにくい場合がある。

そのため、精神保健審判員、精神保健参与員の養成研修などでも、指定入院医療機関の治療を講義する時間を設定しているが、このハンドブックにおいても、指定入院医療機関の代表的な病棟の仕組み、治療プログラム、退院調整方法等について、解説する章を設けて、これに対応することとした。

ただ、ここで紹介している病棟の仕組み、治療プログラムや退院調整方法等は、あくまで標準的なものであり、指定入院医療機関ごとに、施行していない治療プログラムや病棟の状況や地域性により施行方法等に違いがある。そのため必要に応じて、審判前カンファレンスなどにおいて、指定入院医療機関職員や社会復帰調整官に内容等を聞く機会を設定することなど併用して、このハンドブックをご活用いただければ幸いです。



II. 指定入院医療機関における「医療観察法病棟」とは

1. 医療観察法病棟の構造と医療の概要

標準的な医療観察法病棟は、病棟内に急性期、回復期、社会復帰期などに区分したユニットを持ち、また、各種セラピールームや作業療法室、ケア会議室を病棟内に整備している。そして治療や社会復帰の進行に合わせて対象者が、病棟内の各ユニットを移行していくことで、各ユニットにおける対象者の治療内容や治療目標を明確にでき、それらに合わせた疾病教育やリハビリテーション、社会復帰援助などの必要な関連プログラムを有効に運用することができるような構造となっている。

入院処遇ガイドラインには、入院処遇の目的・理念として、1. ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現、2. 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医療提供、3. プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供、の3点が挙げられており、それらを踏まえて指定入院医療機関では医療を提供している。

多職種チーム医療の実際の運用では、一人の対象者に対して5職種6名で多職種チームを編成して入院から退院まで一貫して担当し、治療方針やその実施、評価、社会復帰の方向性まで多職種チームによる話し合いと同意で決定していくことを特徴としている。また、その決定に際

しては、対象者の意向が尊重され、話し合いや決定の過程に対象者が参加することを重視している。さらに、指定入院医療機関には多彩な治療プログラムが設定されており、対象者と多職種チームで話し合い、治療プログラムの活用を決定している。

退院に向けては、入院当初より、退院予定地の保護観察所（社会復帰調整官）と協力体制を整え、退院調整、社会復帰援助のため、対象者のケアマネジメントを中心としたCPA会議（対象者、病院関係者と地域関係者が退院支援、地域調整を行うためのケア会議）を定期的で開催し、入院時から退院を見通した医療を重視している。

2. 医療観察法病棟の各期（急性期、回復期、社会復帰期）

指定入院医療機関では、概ね18か月での入院対象者の退院を目指しており（厚生労働省の標準的モデル）、各期の標準期間を急性期3か月、回復期9か月、社会復帰期6か月程度としているが、各対象者の個別の病状などにより違ってくる。以下に、各治療時期の特徴的な関わりについて述べる。

①急性期（3ヶ月を目安）

急性期には、対象者との関係構築や治療への動機づけを高めていくことを重視する。そのため、担当多職種チームとの面接を実施し、疾患のことや対象者のこと、治療プログラムの選択などに関して対象者と話し合う機会をもち、双方向性のコミュニケーションを通して、対象者が自身の思いや考えを安心して表現できることや治療の決定に参加できることを実感してもらう。また、早期より疾患・服薬心理教育プログラムを開始し、疾患について考える機会をもてるように支援する。

②回復期（9ヶ月を目安）

回復期では、個別面接や内省の集団プログラムへの参加を通して、対象者が対象者の振り返りを行い、被害者への共感性を育むなど内省を深めていくことを支援する。また、疾患についての理解とともに衝動性や怒りのマネジメント、コミュニケーションなど個々の課題に取り組み、自己コントロール能力を身に付け、生きやすさを得られるように支援する。生活空間であるユニットで行われるユニットミーティングへの参加を通して、日常生活の中で起こる問題を実際に解決していく過程を体験することや、対人トラブルを実際に解決できる体験を積み重ねて

いくことで、問題解決能力や対人関係能力を高めることが期待できる。また、回復期からは申請により外出も可能となり、環境変化による状態評価や病棟内で獲得できたものを実際場面で活用していくことが可能となる。

③社会復帰期（6ヶ月を目安）

社会復帰期には、退院後の生活や支援体制の確立をめざし、急性期から定期的実施していたCPA会議（退院支援、地域調整のためのケア会議）を頻繁に実施する。また、対象者自身も社会復帰講座などの集団プログラムに参加し、どのような社会資源が活用可能なかを知る機会をもち、対象者自身が退院後の生活に関心を持ち、希望を述べるように支援している。また、外泊を通して、退院後の支援者との交流を深め、救助行動を確認することや、退院後の生活スケジュールを実際に行ってみることで無理がないか確認することなど退院に向けて準備していく。また、クライシスプランも作成し、退院後の支援者も含めて共有することで、実践可能なプランにし、対象者が安心して退院できるように支援する。

3. 多職種チーム (MDT)

医療観察法病棟は、英国とほぼ同様の基準で、医師、看護師以外に作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士を、専任で配置している。指定入院医療機関における多職種チーム (MDT) とは、この医師、看護師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士の5職種、あるいは薬剤師も入れた6職種による治療チームを指している場合が多い。

月	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
8:00	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食	朝食
9:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
9:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
10:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
10:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
11:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
11:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
12:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
12:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
13:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
13:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
14:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
14:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
15:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
15:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
16:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
16:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
17:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
17:30	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室
18:00	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室	入退室

III. 治療プログラム

1. 権利擁護講座

指定入院医療機関の医療観察法病棟は、法的にも物理的にも非常に拘束力の強い施設であるため、入院対象者に対して、その人権を保護するための権利擁護関連の諸制度が医療観察法の下に整備されている。しかし、これらの権利擁護関連の制度を有効に機能させていくためには、病棟職員だけでなく、対象者自身が、これらの制度の概要をある程度知っている必要がある。対象者が、この制度や権利を正しく理解することにより、対象者自身がこれらの制度をより利用しやすくなる。

「権利擁護講座」では、医療観察法の抗告、退院請求、処遇改善請求などの入院対象者の権利や入院中の治療同意と倫理会議、行動制限などの内容を中心に、必要があれば、医療観察法以外の精神保健福祉法や成年後見制度等についても取り上げるなど、対象者の権利擁護に関係する幅広い項目を扱っている。

2. 疾患・服薬心理教育プログラム

疾患・服薬心理教育プログラムは、多職種で運営されているプログラムで、個別や小集団で実施されている。単に、知識の提供だけでなく、対象者自身の体験や思いを語る機会を大切にし、対象者ごとのペー

スで、疾患や治療について考えを深め、最終的に対象者が主体的な治療参加につながることを目的としている。

おおむね、プログラム内容は段階にわけて構成されており、ステップ1では、入院や治療、検査などについて一緒に確認するなど治療導入・オリエンテーションとして位置づけられており、個別で実施されることが多い。ステップ2、ステップ3では、小集団の中でこれら個々の体験を共有しながら、疾患や薬物療法を中心とした治療について理解を深め、最終的にはクライシスプラン作成につなげることを目指す。特に、自身の症状を自覚症状、他覚症状に分けることや、症状悪化のサインを段階別に整理することなどは、そのままクライシスプランに反映させることができる。また、症状再燃を予防するための日常生活の中での工夫などについても話し合うことを通して、疾患とうまくつきあいがながら生活していくことをイメージすることができるようになる。

プログラムでは、より実質的な学習につながるように、プログラム中での学習のみではなく、毎回のセッションで宿題を出し、その宿題を対象者単独で取り組むのではなく、担当多職種チームとともに取り組むことを奨励している。また、実際には、プログラムは一度実施して終了というものではなく、対象者の理解度・進捗状況に応じて、何度も繰り返しプログラム参加することができ、担当多職種チームと個別で復習することなどを通して、対象者自身が学習したものを自身のマネジメントに活かすことができるよう支援している。

対象者が自身のプラン作成に、主体的に取り組めるための基盤となっているプログラムの一つであるといえるだろう。

3. 物質使用障害治療プログラム

医療観察法病棟で行われている標準的な「物質使用障害治療プログラム」は、アルコール・薬物の心身への弊害、依存症の特徴や回復過程、社会資源に関する情報提供といった心理教育と再使用を防止するための対処スキルの獲得に重点を置いて実施されている。

プログラムは、医療観察法病棟の多職種チームにより運営され、原則として退院まで継続して参加することが求められるものが多い。プログラムは、オープン形式で行われ、参加者は、ワークブックなどを用い、毎週1時間のグループセッションに参加する。また、施設によっては、

210

月1～2回のA.A.(Alcoholics Anonymous)、N.A. (Narcotics Anonymous)メッセージへ参加できる場所もある。このようにメッセージに対象者が参加することは、対象者に退院後の社会資源の一つとして自助グループが存在することを知らせてもらうとともに、回復のイメージを持つことで、治療動機を高める効果などがある。

4. 内省プログラム

内省プログラムとは、プログラムに参加することで似たような体験を持つ当事者同士で対象行為に至るまでの経緯を共有、共感する体験を持つとともに、犯罪被害の影響についても学び、最終的には対象行為に至った要因や同様の行為を防ぐための手立てと自分なりに果たすことのできる責任について考えることを目的としている。回数や内容は、指定入院医療機関ごとに、違いがあるが、標準的なもので、1クールで全12回(1回/1週間)のセッションで、1セッションあたり75分・少人数のクロウズド・グループで行われている。内容的には、プログラムの意義と動機付け、生活史のふり返りを行った後、本格的に対象行為や被害者の問題を取り上げ、最終的には今後に向けての対処・防止プランの作成を行う。

5. 指定入院医療機関で行われるCPA会議

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かねばならないケアの難しいケースに対して、「CPA(Care Programme Approach)」というケアマネジメントを導入し対応している。「CPA」とは、①利用者中心主義(利用者の参加と意向の尊重)や、②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)、③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)、④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)、⑤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、関係機関が有機的に連携できる地域ケア計画を作成していくケアマネジメントである。困難性のより高い司法精神医療対象者などの退院支援と社会復帰援助については、「enhanced CPA」として、これに対応している。

211

日本の医療観察制度は、英国を参考として、導入されたため、制度自体の運用や考え方が、英国の仕組みに近く、「CPA」を比較的導入しやすい環境にある。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の職員と定期的(3～4ヶ月に1度程度)に開催し、退院調整を行っているところが増えている。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」と呼ばれるものである。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る。

IV. 指定入院医療機関における外出・外泊の実施

1. 指定入院医療機関における外出・外泊

指定入院医療機関では退院後の地域生活を想定し、治療的意義とリスクアセスメントを十分に協議し外出・外泊を計画、実施している。

外出・外泊は、原則として指定入院医療機関スタッフが2～3名同伴し、退院後に対象者を支援する家族や関係機関職員等が介入する機会を積極的に設け、対象者と指定入院医療機関職員、退院後の支援者とが共に状態の評価を行い今後の課題を共有し、退院後の治療へとつなげている。

2. 外出・外泊計画の策定

指定入院医療機関では、外出は回復期以降に、外泊は社会復帰期以降に計画、実施される。外出・外泊ともに対象者を交えた担当多職種チームで、その目的と治療的意義、実施が可能である根拠について協議が行われ、リスクアセスメントとマネジメントに充分配慮し計画が作成される。

計画を作成する際には、対象者の退院後の地域生活をベースに、退院後の支援者(家族や関係機関等職員)と関わる機会を積極的に設け、退院地における支援者との面接、施設見学や体験利用、指定通院医療機関における模擬通院診察、ケア会議なども設定し、地域支援者の協力を得てスケジュールが立てられる。

対象者と共に話し合い、設定された場の目的や治療的意義を共有、

211

対象者自身が自己の課題を認識し主体的に外出・外泊に取り組めるよう計画を作成している。

3. 外出・外泊の実施

初回の院外外出・外泊を実施する前には治療評価会議において対象者の病状評価等の協議を充分に行い、運営会議の承認を得て実施している。

対象者と共に作成した計画にもとづき外出・外泊を実施し、実施中も随時状態の評価を行い、退院地の社会復帰調整官及び精神保健福祉関係者や関係機関とも密に連絡をとり協力を得ている。

4. 実施後の評価

外出・外泊実施後は対象者と共に振り返りを行い、対象者が具体的に退院後の生活イメージをもっているか、地域支援者の存在の理解を深めているか確認を行い、外出・外泊で得た学びや獲得したスキル、ケア会議で話し合われた内容のフィードバックを行うとともに、新たに発見された課題の共有を行っている。新たに発見された課題に対しては入院治療で引き続き取り組みが行われるが、退院後に継続して取り組んでいく課題も含まれている。

実施後の評価内容は、地域の支援者や関係医療機関とも共有され、処遇実施計画に反映される。また退院後に継続して取り組んでいく課題を地域の支援者と共有することで、退院後の治療へ役立てている。

5. 審判で必要とされる視点及び本人に確認するポイント

- 外出・外泊で取り組んだ事柄が、どのように処遇実施計画に反映されているか。
- 対象者が具体的な現実的な退院後の生活イメージを持っているか。
- 外出・外泊で得た学びや獲得したスキルは何か。
- 地域における支援者の存在を認識し、対象者自ら援助を求めることができるか。
- 外出・外泊で新たに発見された課題は何か。またそれは入院処遇中に達成が可能であるか、退院後にも継続して取り組んでいく必要があるか。

212

2. 保護観察所による通院処遇中（退院後）の「（地域処遇）ケア会議」とは

指定入院医療機関で入院中の対象者に行うCPA会議（指定入院医療機関が開催する退院調整のためのケア会議）とは別に、退院後の通院処遇を行っている対象者については、「地域社会における処遇のガイドライン」に基づき、本人の社会復帰が促進されることを目標に、保護観察所が定期的又は必要に応じケア会議を開催している。このような通院対象者のための会議を、入院対象者のためのCPA会議などと区別し「（「地域社会における処遇のガイドライン」に基づく）ケア会議」としている。

このケア会議の構成員は、本人、家族、社会復帰調整官、指定通院医療機関（医師、精神保健福祉士、心理士、デイケア担当看護師、作業療法士等）、居住地の自治体所管課、市町村障害福祉課、生活支援センター、グループホーム、保健所、精神保健福祉センター等の職員である。治療状況、自己行動計画、支援プログラム内容を確認し、処遇方針の統一を図る。顔の見える関係を築き、地域での処遇実施計画を適時見直す場でもある。関係機関相互の連携の軸となり、さらに本制度終了後の支援体制構築を見据え、つなげていくものである。

コラム 関係者が審判に思うこと、望むもの VII

1. コラム【当初審判】 社会復帰調整官として思うこと

当初審判は、医療観察法の要否を決定し、さらに入院処遇か通院処遇かを決定する審判であり、いわば医療観察法へのゲートとなるものである。

当初審判では、総じて治療反応性や疾病性の観点から鑑定医や精神保健審判員が意見を言う場面が多いが、事例によっては、疾病性のみならず心理的問題の所在や発達障害に関するものが見え隠れする事例があり、その場合には、精神保健参与員からの家族背景や発達の有り様を指摘してしるべき事例がある。また、地域での社会復帰施設や制度などの活用による通院処遇の可能性などについても、精神保健参与員に意見を言ってもらいたい部分である。

少なくとも精神保健参与員には社会復帰要因に関する促進または阻害要因を精神保健参与員の立場から、吟味かつ指摘していただきたい。例えば、対象者の病識や治療コンプライアンスは通院処遇を可能としても、同居する家族に疾病に対する理解や疾病に対する嫌悪が著しい場合に、対象者の社会復帰要因として保護者や生活環境として安定的なものであるかどうかの指摘などは、精神保健参与員ならではの着眼から重要ではないだろうか。

そのためにも、まず、裁判所から送られてくる事件調査など処遇事件に関する資料を精読し、精神保健福祉分野に精通した者として、事件概要の把握、対象者の病状、生活歴、犯罪歴、病歴など生活全般に渡る詳細を文脈から読み解く必要がある。すなわち対象者が他害行為に至った経過やその背景にある病状や治療のコンプライアンス、家族の理解や協力の実態を読み解くことである。その作業を通じて、疑問や確認事項を審判前カンファレンス等で発信してほしい。そのことで社会復帰調整官が担う生活環境調査や報告書をより充実したものに発展させ、適切な処遇の決定に寄与することになる。

精神保健福祉分野の専門家として、精神障害者の社会復帰について合議体に意見を言い、助言等を行うことが求められている。よって、最新の精神保健福祉分野の知識や知見を以て、対応することは当然のことである。さらに、被害者等が家族等におよぶ場合には、その心情を推し量った上での発言内容を期待したい。また、家族等にはその家族成員に精神障害を持った者などが居る場合もあり、その場合には、必要であれば、家族等へのフォローに関する視点も持ち合わせてほしい。

2.コラム【当初審判】指定入院医療機関職員として審判に望むもの

当初審判

医療観察法における医療必要性の判断は「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」の評価軸を中心に行われているが、評価の際には、指定入院医療機関で取り組まれている治療内容を十分理解した上での検討を期待したい。医療観察法では、精神疾患により対象行為を犯した統合失調症等の精神障害者を医療、リハビリテーション、社会復帰援助などを行い、治療し、社会復帰させていくことを想定して制度が作られている。

指定入院医療機関では、それに伴う病棟構造等を整備し、治療プログラムを準備して対応している。

しかし、実際には、高齢で入院が必要なほどの他害等のリスクが考えにくい者などが、単身で生活しにくいからとの理由で、入院してくる場合などもある、なかには、車椅子で入院してきた高齢者の対象者もいて、全国的に問題となっている。また、件数は少ないが、医療観察法が現在のところ想定していない、責任能力があり、刑事的な手続きが必要と思われる人格障害者や認知症、知的障害が中心の症状で、治療反応性に強い疑義がある対象者が入院となる場合もある。

現状では、このようなケースの場合、指定入院医療機関で行われている治療プログラムなどを十分に活用することが困難な状況となり、結果として医療観察法での入院治療効果を発揮できないことなどが生じている。このような場合には、社会的入院につながることも危惧されるため、当初審判の際には「治療反応性」など慎重な検討が求められる。医療観察法における入院医療は拘束性の強い強制治療であることを念頭に置き、入院医療で何を期待し、どのような回復の見通しをもてるのかを当初審判で十分に協議してもらいたい。

また、医療観察法が「社会復帰を促進すること」を目的としている点からも、当初審判の時点で、疾病性を社会復帰要因で補完できる可能性や入院医療を検討する前に通院医療適応の可能性を十分に検討することも必要と思う。その際、現実的な利用可能性、本人にとっての利益などを考慮しつつ、通院処遇と入院処遇のどちらが、より今後、対象者本人の治療のために必要かを、よく協議していただきたいと願っている。

3.コラム【入院継続審判 退院時審判】社会復帰調整官として思うこと

退院許可申立審判

退院許可申立審判では、指定入院医療機関から医療上退院することが相当であるという意見が出され、保護観察所からも生活環境調整上退院相当である旨の意見書が出されている場合、意見書等提出書類を一見すると、退院することに何ら問題がないように見える事案も多いと思われる。しかし、手厚い医療を掲げる指定入院医療機関にて入院治療を受けている『守られた環境』における精神状態の評価であるため、精神保健審判員の立場では、手厚く守られた環境から出た場合の対象者の精神症状及び悪化時の医療上の対処など詳細に確認されると良いであろう。また、精神保健参与員の立場では、処遇実施計画書(案)等を参照し、地域における処遇体制について、なぜこの体制なのか、他にも考えられる援助体制はないのかなど担当の社会復帰調整官から確認することで、改めて、地域処遇について助言等行うなど今後の処遇に良い影響をもたらすようなかわりを心がけてもらえることと幸いである。

医療継続申立審判

医療継続にかかわる審判においては、指定入院医療機関及び保護観察所から、医療上及び生活環境調整上入院を継続する必要があるという意見であることが考えられる。(そうでなければ、退院許可申立審判となっているであろう。)医療継続は、医療の状況が中心の審議となると考えられるため、精神保健審判員の立場では、現在の医療状況と入院医療の限界値を精査し、入院が長期に渡っている対象者については、地域処遇につなげる最低限の治療上の回復を見極めることが求められる。精神保健参与員の立場も同様に、病識や自ら病気を管理していく能力の不足を補える地域支援の体制整備について、社会復帰調整官に対して意見を求め、対象者を取り巻く地域医療及び援助体制についての状況を把握し、これから退院するために求められる生活環境調整上の助言等を示してもらえることと幸いである。

4.コラム【医療終了及び処遇終了申立審判】社会復帰調整官として思うこと

医療終了及び処遇終了申立審判

医療終了及び処遇終了にかかわる審判については、指定入院医療機関に入院している状況(医療終了)と地域で精神保健観察を受けている状況(処遇終了)が考えられる。入院中における審判及び通院中における審判のどちらにも共通するのは、本法の目的である「病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止」と「社会復帰の促進」の観点から、医療観察法上の医療(処遇)を行う(継続する)ことが、目的に合うのかどうかということだと思われる。

医療終了にかかわる審判における保護観察所の意見としては、あくまで、医療を継続し、退院許可決定を得られる程度の回復を指定入院医療機関に求めるものであるが、その限界を指定入院医療機関が考えている以上、ただ、長期入院を強いるものになってしまう危険性もあるため、精神保健審判員及び精神保健参与員は、対象者の人権の観点も踏まえた検討が必要となるであろう。

処遇終了にかかわる審判では、事前にケア会議等にて、通院処遇終了後の医療の継続(通院、服薬、リハビリテーション等)及び福祉相談体制の整備が進み、各地域関係機関からも処遇終了の了承を得てから、申立意見を提出していると考えられる。通院処遇について原則期間を待たずに終了し、一般の精神保健医療及び福祉サービスに移行したとしても、処遇中と同様に医療の継続が図られ、安定した生活の確保がなされるのか、精神保健審判員及び精神保健参与員は、その専門的な視点で判断し、必要な指摘及び助言を加えられたい。

5.コラム【入院継続審判 退院時審判】指定入院医療機関職員として審判に望むもの

入院継続申立審判について

入院継続審判は指定入院医療機関から申し立てが行われ『入院継続申し立て書』及び『入院継続情報管理シート』が資料として添付されます。

入院継続申し立ての審判においては、特に、法的判断や医療的な判断に加えて、精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉的視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場が重要となると思います。疾病性が入院を継続するほどの病状であるか、家族の受入体制の充実度や地域での援助体制の整備などの社会復帰要因が強化され、補完されたことで、より拘束性の少ない通院での処遇を行える可能性はないか、入院を継続するほどの疾病性が無いにもかかわらず、社会復帰要因の整備の遅れのために、漫然と入院するような社会的入院に入院対象者が陥っていないかなど、対象者に対する権利擁護的な立場に立って、審判体が審判に取り組んでいだけることが、指定入院医療機関の職員にとっても、仕事をしていくうえでのよい緊張感にもなり、また、励みにもなっています。

また、指定入院医療機関では、入院継続決定が出た場合でも、その都度、入院継続申立に基づき裁判所の合議体で決定され送付されてきた審判の決定書を対象者とともに読み、問題点や課題を担当多職種チームと対象者が共有し、その後の主体的な治療へとつなげる話し合いなどの取り組みを行っています。そのため、審判にかかわる関係者の皆様には、このように決定書が利用されていることも念頭に、対象者の課題などが明確に読み取れる決定書の作成を望んでいます。また、願わくば、対象者自身がよく理解できるよう、可能な限り対象者本人が理解しやすい平易な文章で審判決定書が作成されることを期待しています。

退院許可申立審判について

退院申立てについても、対象者本人が行う場合と指定入院医療機関が行う場合があります。指定入院医療機関ではなく、対象者本人のみが、退院申立てを行っている場合には、まだ、治療や退院調整が必要で、結果として入院継続決定となることが結果として多いと思います。しかし、そのような場合でも、指定入院医療機関では、合議体で作った入院継続

の決定書を対象者とともに読みながら、問題点や課題を共有するようにしています。指定入院医療機関の職員としては、審判関係者の皆様にはこのような状況を念頭においていただき、対象者にもわかりやすく、問題点や課題を明確にした決定書の作成を望んでいます。

また、退院許可申立審判では、当初審判と違い、鑑定書を作成した鑑定医がその内容を説明する場面などが無いこととなります。そのため、退院許可申立審判の指定入院医療機関の文書からだけでは、対象者本人の病状や状況が、伝わりにくいことがあると思います。合議体として必要を感じた場合、カンファレンスや裁判所の電話会議のシステムなどを利用して、指定入院医療機関の職員に直接、参加依頼や問い合わせをしていただければと思います。

指定入院医療機関が、退院申立をしている場合には、まず“疾患性”の部分で、「病状が改善し、病院が入院を継続できるような状態にない」と判断しています。しかし、入院が必要でない程度に疾病性が軽くなったことと、対象者が問題なく地域生活できるレベルには、ある程度の開きがあると思いますし、退院申立を行った対象者でも、地域生活が問題なく可能であると判断するには懸念がある場合もあります。ただ、地域生活が可能なラインのみを重視しすぎると、一般の精神医療でも問題となっている社会的入院や保安処分のような対応になってしまうように思います。

また、退院後の「医療継続性」については、病識などだけでなく「もう同じような行為をしたくない」、「家族に迷惑をかけたくない」、「協力してくれた人たちに裏切りたくない」など対象者の思いにより、医療の継続性が保たれる場合もあることなども考慮して頂ければと思います。

一般の精神科医療でも、“疾病性”と地域ケアなどの“社会復帰要因”の双方を考慮して、退院判断を行っています。医療観察法の審判でも、総合的に判断して、決定を行ってもらえればと思います。

6.コラム【入院継続審判 退院許可審判】付添人の思うこと

弁護士は、当初審判は、必要的国選事件であることから担当する機会が多いが、入院継続申立事件や退院許可申立事件は、必要的国選事件でないため、あまり担当する機会は多くない。私は、当初審判を国選事件として受任した後に、家族から私選で依頼を受けることが何回かあったために経験することができた。

特に、当初審判から引き続いて通院継続申立事件や退院許可申立事件をすると、同じ対象者について、当初審判で指摘された問題点が、どのように改善されているか又は改善されていないかということ、時間の流れの中で把握することができ、そのダイナミズムを感じることもできるとともに、精神障害者の治療の難しさを考えさせられることもある。

最近では、入院継続申立事件においてもカンファレンスが行われるようになり、裁判官や精神保険審判員や精神保険参与員、社会復帰調整官との間で意見交換することができることは、付添人にとっても大変に勉強になると感じたので、可能な限り、カンファレンスを実施してもらうことを希望したい。

退院許可申立事件において、審判期日を開くケースも経験したが、ここでは対象者に対して質問するというよりも、裁判官や精神保険審判員や精神保険参与員、社会復帰調整官から、色々アドバイスをして激励するなどやりとりがなされ、入院から通院への橋渡しとして、大変に良い機会だと感じた。

医療観察法事件は、医療関係者と司法関係者が対立しあうのではなく、同じ目的に向かって協働することが期待されていると考えられる。

付添人は、対象者の立場に寄り添うという立場から、この協働作業に参加することになるが、臆することなく、率直な疑問をぶついたり、専門分野についての教えを請いながら、ぶつかっていくことが期待されていると思う。そのような気持ちで、これからも、試行錯誤しながら、付添人活動に取り組んでいきたい。

7.【退院許可申立審判】指定通院医療機関職員として思うこと

指定通院医療機関は、対象者がこの制度による処遇が終了後も主体的に治療を継続し、更なる社会参加をめざすことができるように支援していかねばならない。指定入院医療機関を退院することがゴールではないことは当然であるが、指定通院医療機関では、通院処遇中の問題点を検討したうえで、出来るだけ早期に医療観察法を終了して、一般医療に移行することを目指さなければならない。地域処遇終了後も、切れ目なく治療を継続し同様の行為を起こさないように見守ろうという気概が指定通院医療機関には求められるのではないかと。指定入院医療機関から対象者を受け入れるにあたり、指定通院医療機関から望むことを記載したいと思う。

入院と同時に退院後の生活を想定した治療計画が立てられるが、その中の治療環境は極めて恵まれたものであり、現状の地域処遇での環境とは大きな差がある。この変化は対象者を戸惑わせ、懸命に適応しようと努力する中で急速にストレスを高めることが予測される。このストレスを最小限に抑えるために、帰住地への外出・外泊を繰り返し、環境変化による精神症状・生活技能の評価をしながら退院後の課題をアセスメントし指定入院医療機関と指定通院医療機関、保護観察所、地域関係機関などとの共同作業のもと支援計画を立てていくことが必要だと思う。特に、退院後の指定通院医療機関をはじめとするスタッフとの人間関係を安心できるものとする努力が必要だと思う。

指定入院医療機関が退院申し立てをする際に、問題なく地域生活が出来るかどうか判断することは時間をかけなければ出来ないと思う。地域スタッフとの新たな人間関係の構築だけでなく、社会的入院の原因となる対象者への偏見を乗り越える努力も必要と思う。このような問題点を乗り越えて対象者が地域処遇スタッフを不安なく受け入れることができるよう、帰住地が決定したら、地域スタッフが早期からCPA会議（指定入院医療機関における退院調整のケア会議）に参加し、地域生活における問題点を整理し、退院後の環境づくりを綿密に行うようにしたい。

最後に、指定通院医療機関の職員として、退院許可申立審判において、保護観察所より提出されている「処遇実施計画書（クライシスプラン含）」案に指定入院医療機関の医療やケアの取り組み、指定通院医療機関や地

域の関係機関の地域ケア計画が詳しく記載され、反映されていること。審判において、それらが十分に審議されること。また、当初審判と違い退院許可申立審判は、対象者の出廷が義務となっていないが、退院許可申立者審判だからこそ、審判期日に対象者や関係者の出廷を求め、必要な事項については、対象者や関係者に、確認がなされることなどを望みたい。

B.コラム【処遇終了申立審判】指定通院医療機関職員として思うこと

通院処遇中の通院期間は原則3年間である。通院期間後期になると、ケア会議において対象者の処遇終了や終了後の医療等が検討され、早期に処遇終了が可能であれば、地方裁判所に（医療観察法による医療の）処遇終了の申立てが行われ、審判の決定により、多くは、精神保健福祉法による通院医療をうけることになる。それ以外の場合は、通院期間満了日をもって処遇終了を迎えることになるが、この場合、原則、地方裁判所の審判を経ずに処遇処遇となる。また、原則3年ではあるが、3年経過後、保護観察所の通院継続申立により2年を超えない範囲で、地方裁判所の審判決定により通院期間の延長が認められる。

当初審判申立てや、入院処遇中の入院継続確認及び退院許可決定申立て、通院処遇中の処遇終了、再入院、期間延長申立てでは、地方裁判所において合議体が形成され、対象者には言い渡し、あるいは処遇決定書が送達されて合議体による判断が示されることになる。しかしながら、期間満了で医療観察法が終了する場合、通院期間満了日に自動的に処遇終了となり、対象者には保護観察所から「通院期間満了通知書」が送付されるだけであり、地方裁判所の合議体による判断が示されることなく、処遇終了となる。すなわち、医療観察法では、制度開始と入院処遇の終了の審判には、必ず地方裁判所が関与するが、期間満了となる通院処遇終了には、必ずしも裁判所が関与するシステムとなっていない。

しかし、地方裁判所の合議体による審判が行われ、処遇終了の判断を示された方が、対象者にとって、医療観察法での通院処遇への振り返りや一般精神医療移行へのはじめとなりやすい。また、指定通院医療機関の立場としても、特に、通院処遇の終了に多職種チームや関係機関に迷いがある場合などでは、医療観察法が目指している「対象者の社会復帰重視の立場」と「再被害行為の防止の立場」の判断のバランスについて、直接処遇の担当者ではなく、司法の判断を仰ぐことが適切と思われる。そのため、3年の期間満了で終了する対象者であっても、必要に応じて、保護観察所には積極的に処遇終了申立てを行ってほしいと考えており、働きかけていきたいと考えている。

なお、処遇終了申立て時には原則的に審判時に「審判期日」を開催するように地方裁判所の合議体に要望したい。合議体が対象者に直接、病

気の理解や対象行為に至った経緯の認識を確認することで、医療観察法による処遇を通じた対象者の内省の深まり具合を精査でき、対象者にとっても改めて医療の必要性や他害行為の重大性を認識する機会になると思われる。直接処遇の担当者ではなく、第三者機関である合議体から、また、地方裁判所という場所で審判期日が開催されることに意義が大きいと考えている。

最後に、処遇終了申立てにおいて、指定通院医療機関や関係機関（保健所や福祉事務所等）の担当者が参加する法的根拠はなく、傍聴の是非も合議体の許可が得られなければ行うことができない。指定通院医療機関や関係機関が、処遇終了後も医療や支援を担当する場合においては、審判期日における対象者の発言内容を知ることが対象者の評価や今後の医療の継続においても意義が大きいため、合議体には、指定通院医療機関や関係機関に対する傍聴の配慮を是非ともお願いしたい。

**付録
審判内容整理ノート**

VIII

「(医療観察法) 審判内容整理ノート」の利用法

「医療観察法審判ハンドブック」の付録として、開発中の「審判内容整理ノート」を巻末に掲載しています。この「審判内容整理ノート」は、医療観察法審判のカンファレンス(審判期日前・後協議)や審判期日において、各種資料の説明や内容の整理、評価軸、協議内容、審判期日の準備や当日の対応などを審判の進捗状況に合わせて、内容を説明し、協議内容や論点を整理し、問題点などを把握しやすいように作成された精神保健審判員、精神保健参与員用の支援ツールです。

また、模擬事例などを使用し、医療観察法審判関連の研修などでも利用できるよう作成されています。

この「審判内容整理ノート」は、

- ①当初審判用の「当初審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート」と、
- ②退院許可申立審判(含:入院継続審判)用の「退院許可申立審判(含:入院継続審判)〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート」の2種類があります。

「審判内容整理ノート」は、単独で使用することも可能ですが、基本的には、「医療観察法審判ハンドブック」を「Ⅲ.医療観察法審判の流れ」、「Ⅳ.医療観察法審判の考え方」、「Ⅴ.医療観察法審判の考え方(参考資料)」を参照しながら利用することを想定しています。

この2種類の「審判内容整理ノート」は、いずれも、A4版で利用されることを前提として作成されたものです。まず、A4版に拡大コピーして、ご利用ください。

1. 当初審判（実務及び演習用）審判内容整理ノートVer2.4

Ver2.4 当初審判（実務及び演習用）審判内容整理ノート

審判内容整理ノート

【当初審判】対応版

「医療観察法審判ハンドブック」付属資料

229

Ver2.4 当初審判（実務及び演習用）審判内容整理ノート

【当初審判】審判内容整理ノート

（目次）

I. 初回カンファレンス

1. 『一件記録』について検討、評価

◇『一件記録』《基本項目 覚え書き》、◆責任能力について、■『鑑定書』、『生活環境調査結果報告書』についての要望

2 次回カンファレンスに、確認等

II. 第2回カンファレンス

1. 『鑑定書』、『生活環境調査結果報告書』等についての検討と評価

◆『鑑定書』内容の事実確認、疑問箇所等、◆『生活環境調査結果報告書』内容の事実確認、疑問箇所等

2. 医療観察法における三つの評価軸

「治療可能性」、「疾病性」、「社会復帰要因」

3. 次回、審判期日への準備

III. 審判期日

1 総合的評価と判断

①医療観察法による医療の必要性についての意見・判断等、②医療継続可能性についての意見・判断等、③医療観察法の処遇の意見・判断等

230

Ver2.4 当初審判（実務及び演習用）審判内容整理ノート

当初審判（実務及び演習用）審判内容整理ノート

I. カンファレンス

カンファレンスが、2回開かれることを想定した様式、【 】内は、選択肢等

※カンファレンス1回の場合には、「初回カンファレンス」「第2回カンファレンス」を合わせて利用してください。

初回カンファレンス 《例》

【場所】 A 地方裁判所ミーティングルーム、

【時間】 30～60 分程度

【参加者】 裁判官、精神保健審判員、精神保健参事員、検察官、付添人、鑑定医、社会復帰調整官、付添人

1. 『一件記録』についての検討、評価

《資料紹介》

◇『一件記録』《警察、検察等》

※『一件記録』とは、医療観察法の当初審判のために、その初期に裁判所から渡される事件概要等を把握するための総合的な資料である。『一件記録』の内容は、捜査報告書、写真撮影報告書、簡易鑑定書、刑事裁判での鑑定書、警察官調査、上申書、弁解録取書、検察官調査、対象者の戸籍、捜査関係事項照会書（過去の通院・入院医療機関での診療録、処方内容等も含まれる）、精神鑑定書等が収められている。

これらの資料により、事件概要を把握するとともに、対象者の病状、生活歴、生活環境等についての知識を得ておく。この上になら『一件記録』を精読することにより、審判における課題や疑問のポイントが判明になってくることも多く、精神保健審判員や精神保健参事員においては、時間をかけて十分に読みこなすことが必要となる。

◆疑問点・確認事項 【あり・なし】

【メモ】

《基本項目 覚え書き》

生年月日/年齢/性別等 :

対象行為概要 :

病名(主病名/その他) :

障害(知的/発達/身体障害等)

231

Ver2.4 当初審判（実務及び演習用）審判内容整理ノート

その他

責任能力(心神喪失・心神耗弱)について

◆責任能力について 【心神喪失 ・ 心神耗弱 ・ 疑義がある】

《参考》1984年7月3日の最高裁判所第三小法廷決定の判旨

被告人が犯行当時精神分裂病に罹患していたからといって、そのことだけで直ちに被告人が心神喪失の状態にあったとされるものではなく、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様等を総合して判断すべきである。

【メモ】

■『鑑定書』、『生活環境調査結果報告書』についての要望 ※『一件記録』などの内容から、鑑定医、社会復帰調整官、それぞれへの要望。

◆『鑑定』に関する要望 ※重点的に鑑定してもらいたい部分など 【あり・なし】

【メモ】

◆『生活環境調査』に関する要望 ※重点的に調査してもらいたい部分など 【あり・なし】

【メモ】

232

Ver2.4 当初審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート

2. 次回カンファレンスの確認

◇次回カンファレンスに、確認等を行いたいため参加させたい職種【あり・なし】
要望職種【鑑定医、社会復帰調整官、検察官、付添人】
※通常、上記の職種は、ほぼ参加している
※【鑑定書】→【鑑定医/生活環境調査結果報告書】→【社会復帰調整官/一件記録】→【検察官/家族状況や意向、今後の対応等】→【付添人、社会復帰調整官等】

〔メモ〕

※次回カンファレンスの開催が必要でない場合は、そのまま以下の評価を行う。
※次回カンファレンスの開催が必要な場合は、日程等を検討し、次回カンファレンス開催時に以下の評価を行う



II 第2回カンファレンス

第2回カンファレンス 《例》
【場所】 A 地方裁判所ミーティングルーム、
【時間】 60分程度
【参加者】 裁判官、精神保健審判員、精神保健参事員、検察官、付添人、
鑑定医、社会復帰調整官、付添人

1. 『鑑定書』『生活環境調査結果報告書』等についての検討と評価

- 『鑑定書』が作成され、その内容について、鑑定医から説明を受ける。
◆『鑑定書』内容の事実確認、疑問箇所等の質問事項 【あり・なし】

〔メモ〕

- 『生活環境調査結果報告書』が作成され、その内容について、社会復帰調整官から説明を受ける。
◆『生活環境調査結果報告書』内容の事実確認、疑問箇所等の質問事項 【あり・なし】

〔メモ〕

Ver2.4 当初審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート

2. 医療観察法における三つの評価軸〔医療観察法ハンドブック参照〕

①「治療可能性」についての評価

〔メモ〕

②「疾病性」についての評価

〔メモ〕

③「社会復帰要因」についての評価

〔メモ〕

3. 次回、審判期日への準備

審判期日
【開催日時】 年 月 日() / 時 分
【開催場所】 地方裁判所 法廷

①関係者の出席依頼の必要性【あり・なし】
【家族・行政及び施設関係職員・その他】

〔メモ〕

②審判期日での家族、その他参加者への質問、確認事項等について

〔メモ〕

Ver2.4 当初審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート



審判期日 《例》
【場所】 A 地方裁判所 法廷、
【時間】 30分程度
【参加者】 裁判官、精神保健審判員、精神保健参事員、検察官、付添人、社会復帰調整官、
対象者、家族等

■審判期日における裁判官、精神保健審判員、精神保健参事員の質問傾向

裁判官→通常、全般的なこと〔人定質問、法律的な質問、その他全般〕
精神保健審判員→医学的なこと〔病状、医療的なこと〕
精神保健参事員→福祉的なこと〔通院医療の可能性、地域・家族等の援助体制〕

〔確認事項〕

〔質問事項〕

〔メモ〕

1 総合的評価と判断

①医療観察法による医療の必要性についての意見・判断等【必要・不必要(一般医療で治療可能)】

〔メモ〕

Ver2.4 当初審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート

②医療継続可能性についての意見・判断等

【医療観察法の入院処遇が必要・通院処遇が必要・一般精神医療で医療継続可能】

〔メモ〕

◆「入院処遇」の決定について

医療観察法における「入院処遇」の決定については、指定入院医療機関が、法的にも非常に拘束力の強い施設であることも考慮して、「通院処遇」の可能性を十分検討した上で、「入院処遇」の決定を行わなくてはならない。そのため、精神保健審判員、精神保健参事員は、対象者自身の疾病の問題や受入施設のみならず、司法精神医療の社会的入院による対象者の人権侵害のリスクも十分理解した上で、公平・中立な立場から意見を言い、判断を行っていく必要がある。

※医療観察法の条文や立法主旨からも、医療観察法の入院処遇において、社会的入院が許容されないことは、明白である。医療観察法の処遇の要件が、医療の必要性であることは、医療観察法の「入院決定(第42条)」、「退院の許可又は入院継続の承認(第51条)」に明確に規定されている。また、立法府の審議過程においても、「本制度による処遇の対象となる者は、その精神障害を改善するために医療が必要と認められる者に限られるのであって、このような医療の必要性が中心的な要件であることを明確にする…」〔平成14年11月27日の衆議院法務委員会における修正案の趣旨説明より一部抜粋〕と説明されている。

医療観察法の処遇の意見・判断

(「入院処遇決定」・「通院処遇決定」・「医療観察法での処遇の必要なし」)

〔メモ〕

2.退院許可申立審判(含:入院継続審判)〔実務及び演習用〕審判内容整理ノートVer2.4

審判内容整理ノート

【退院許可申立審判】対応版

【含:入院継続申立審判】

「医療観察法審判ハンドブック」付属資料

退院許可申立審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート Ver2.4

【退院許可申立審判】 審判内容整理ノート

〈目次〉

I .カンファレンス

1.退院許可申立審判(入院継続申立審判)に関する各関連資料の検討、評価

『退院前(入院継続)基本情報管理シート、『意見書』、『処遇実施計画書〔※含:クライシスプラン〕(案)』、など ※次回カンファレンスの開催の必要性の検討

2.医療観察法審判における三つの評価軸

「治療可能性」、「疾病性」、「社会復帰要因」についての評価

3.通院処遇・地域処遇計画等についての評価

退院後の対象者の医療継続(通院意志、方法、援助者などについての)評価
対象者の退院予定地域での生活を想定した「疾病性」と「社会復帰要因(含:処遇実施計画(案))」の評価、対象者病状悪化時の対象者自身や関係機関の対応に関する評価

4.審判期日への準備

II .審判期日

III.医療観察法審判の意見・判断

①医療観察法による医療の必要性についての意見・判断等

②医療継続可能性についての意見・判断等

③最終的な処遇についての意見・判断

退院許可申立審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート Ver2.4

退院許可申立審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート

I .カンファレンス

カンファレンス 《例》
【場所】 A 地方裁判所ミーティングルーム、
【時間】 60分程度
【参加者】 裁判官、精神保健審判員、精神保健参事員、社会復帰調整官、(付添人)

1.退院許可申立審判(入院継続申立審判)に関する各関連資料の検討、評価

【資料紹介】

◇『退院前基本情報管理シート』(作成:指定入院医療機関 / 担当多職種チーム)
※入院継続審判の場合は、『入院継続情報管理シート』

◆『入院継続情報管理シート』

◇『意見書』(作成:保護観察所 / 社会復帰調整官)

※通常の場合、指定入院医療機関の意向と同様、『退院』後「通院」「処遇終了」となっている場合があるが、稀に、保護観察所は、『入院継続』を主張している場合があるため、『意見書』による保護観察所の意向は必ずチェックする。

◇『処遇実施計画書』(※含:クライシスプラン)(案)

(作成:保護観察所 / 社会復帰調整官)

※指定入院医療機関の担当者も『処遇実施計画書』(含:クライシスプラン)(案)の調整過程、内容等に深く関わっており、実質的には、保護観察所の社会復帰調整官と指定入院医療機関の担当多職種チームで共同作成している。『処遇実施計画書』(含:クライシスプラン)(案)は、退院許可申立審判に必ず提出される書類ではない。しかし、退院後の対象者の処遇を考えると、非常に重要な資料となるため、退院許可申立審判の場合には、保護観察所に依頼し、できるだけカンファレンス前に提出してもらうようにする。

退院許可申立審判〔実務及び演習用〕審判内容整理ノート Ver2.4

《基本項目 覚え書き》

生年月日/年齢/性別等 _____ ;

対象行為概要: _____

病名(主病名/その他): _____

障害(知的/発達/身体障害等) _____

指定入院医療機関の治療内容(参加した治療プログラム/試験外泊等) _____

保護観察所の行った地域・関係機関調整/処遇計画の概要 _____

その他 _____

退院許可申立審判(実務及び演習用)審判内容整理ノート Ver2.4

②審判期日での対象者(家族)、その他参加者への質問、確認事項等、質問予定担当者、審判決定に及ぼす影響等について

[メモ]

II. 審判期日

審判期日《例》
【場所】A 地方裁判所 法廷、
【時間】30分程度
【参加者】裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官、(付添人) 対象者、家族等

1. 審判期日

【開催日時】 年 月 日() / 時 分

【開催場所】 地方裁判所 法廷

メモ

【確認事項】

【質問事項】

退院許可申立審判(実務及び演習用)審判内容整理ノート Ver2.4

III. 医療観察法審判の意見・判断

①医療観察法による医療の必要性についての意見・判断等

【必要・不必要(一般医療で治療可能)】

[メモ]

②医療継続可能性についての意見・判断等

【医療観察法の入院処置が必要・通院処置が必要・一般精神医療で通院医療継続可能】

[メモ]

③最終的な処遇についての意見・判断

【「入院処置決定」・「通院処置決定」・「医療観察法での処置の必要なし」】

[メモ]

3.【参考資料】退院許可申立審判の審判期日における対象者への質問事項一覧

Table with 2 columns: Question content (質問内容) and Answer (回答). The table lists 40 questions regarding the patient's condition, treatment, and social reintegration.

至ったとき、
2 指定通院医療機関の管理者は、当該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、第四十二条第一項第二号又は第五十一条第一項第二号の決定を受けた者について、第三十七條第二項に規定する事項を考慮し、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当該決定による入院によらない医療を行う期間を延長してこの法律による医療を行う必要があると認めるときは、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならない。
第五節 刑罰
(保護観察所の長による緊急の保護)
第五十二条 保護観察所の長は、第四十二条第一項第二号又は第五十一条第一項第二号の決定を受けた者が、親族又はその近親者その他の施設から必要な保護を受けることができないため、現に、その生活の維持に著しい支障を生じている場合には、当該決定を受けた者に対し、食品を給与し、又は賃与する等の緊急の保護を行うことができる。
2 保護観察所の長は、前項の規定により支払った費用を、期限を指定し、当該決定を受けた者又はその扶養義務者から徴収しなければならない。ただし、当該決定を受けた者及びその扶養義務者が、その費用を負担することができないと認めるときは、この限りでない。
(人材の確保等)
第五十三条 国は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し専門的知識に基づき適切な処遇を行うことができるようにするため、保護観察所等関係機関の職員に専門的知識を有する人材を確保し、その資質を向上させるように努めなければならない。
第五节 雑則
(刑事事件に関する手続等との関係)
第五十四条 この法律の規定は、対象者について、刑事事件若しくは少年保護事件の処理に関する法令の規定による手続を行い、又は刑罰若しくは保護処分等の執行のため刑務所、少年刑務所、拘留所若しくは少年院に収容することを妨げない。
2 第四十三条第一項(第六十一条第四項において準用する場合を含む。)及び第二項(第五十一条第三項において準用する場合を含む。)並びに第八十一条第一項の規定は、同項に規定する者が、刑事事件又は少年の保護事件に関する法令の規定によりその身体を拘束されている間は、適用しない。
(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との関係)
第五十五条 この法律の規定は、第四十二条第一項第二号又は第五十一条第一項第二号の決定により入院によらない医

第七條及び第十五條の規定は公布の日から起算して一年六月を超えない範囲内において政令で定める日から、附則第七條の規定は公布の日から施行する。
(経過規定)
第二条 この法律は、この法律の施行前に対象行為を行った者であつて、この法律の施行後になされた公訴を提起しない処分において当該対象行為を行ったこと及び心神喪失者若しくは心神障害者であることが認められた者又はこの法律の施行後に附則第三十九條第一項の規定による無罪の裁判若しくは同条第二項の規定による罰を減輕する旨の裁判が確定した者についても、適用する。
(精神医療等の水準の向上)
第三条 政府は、この法律の目的を達成するため、指定医療機関における医療が、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする。
2 政府は、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、精神病棟の人員配置基準を見直し病棟の機能分化等を図るとともに、急性期や重症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ものとする。
3 政府は、この法律による医療の必要性の有無にかかわらず、精神障害者の地域生活の支援のため、精神障害者社会復帰施設の充実等精神保健福祉全般の水準の向上を図るものとする。
(検討等)
第四条 政府は、この法律の施行後五年を経過した場合において、この法律の規定の施行の状況について国会に報告するとともに、その状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その検討の結果に基づいて法制の整備その他の施策の措置を講ずるものとする。
附則 (平成一七年一月六日法律第一一〇号) 抄
(施行期日)
第一条 この法律は、地方独立行法定法(平成十五年法律第百十八号)の施行の日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。
四 第四十七條の規定 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の施行の日又はこの法律の施行の日いずれか遅い日
(その他の経過措置の政令への委任)
第六条 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。
附則 (平成一六年一月一日法律第一五〇号) 抄
(施行期日)
第一条 この法律は、平成一七年四月一日から施行する。
(罰則に関する経過措置)
第四条 この法律の施行前に行った行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。
附則 (平成一六年一月三日法律第一五二号) 抄
(施行期日)

第一条 この法律は、公布の日から起算して一年を超えない範囲内において政令で定める日から施行する。
(罰則の適用に関する経過措置)
第三十九條 この法律の施行前に行った行為及びこの附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。
(政令への委任)
第四十条 附則第三条から第十條まで、第二十九條及び前二条に規定するもののほか、この法律の施行に関し必要な経過措置は、政令で定める。
附則 (平成一七年一月七日法律第一二二号) 抄
(施行期日)
第一条 この法律は、平成一八年四月一日から施行する。ただし、次の各号に掲げる規定は、当該各号に定める日から施行する。
一 附則第二十四條、第四十四條、第一一〇條、第一一三條、第一一六條から第一一八條まで及び第一二二條の規定 公布の日
(罰則に関する経過措置)
第二十一條 この法律の施行前に行った行為及びこの附則の規定によりなお従前の例によることとされる場合におけるこの法律の施行後にした行為に対する罰則の適用については、なお従前の例による。
(その他の経過措置の政令への委任)
第二十二條 この附則に規定するもののほか、この法律の施行に伴い必要な経過措置は、政令で定める。

索引
あ
・アルコール・薬物関連障害 110.184.196.200.209
い
・意見書 48.49.50.58.63.105.107.108.155.218.238.239.241.243
・一件記録 42.43.44.45.55.56.95.98.153.230.231.232.233
・医療観察制度の概要 6
・医療観察法審判 5.28.32.34.41.42.45.48.49.52.53.55.57.98.99.101.109.115.120.124.133.162.204.228
・医療観察法審判の実際の流れ 41.48
・医療観察法の目的(及び定義) 9.32.36.136.156.161
・医療観察法病棟 48.112.125.205.206.207.208.209
・医療の継続性 45.184.221
・医療の必要性 7.10.11.21.69.70.72.95.96.100.114.115.120.126.127.130.134.137.138.149.150.156.157.159.163.174.183.190.194.200.202.226
う
・うつ病 183.199.201
か
・外出・外泊 211.212.223
・回復期 103.205.206.207.211
・回復モデル(リハビリモデル) 112
・可知論 99.110.164.165.166.170
・簡易精神鑑定 55.98
・完全責任能力 96.110.170.186
・鑑定医 18.19.20.21.22.27.42.43.44.45.47.49.50.53.54.57.101.105.120.152.153.183.186.189.190.191.193.195.196.199.216.221
・鑑定(結果)を基礎とし 7.68.74.163
・鑑定書 20.44.45.55.57.60.95.96.101.105.107.120.147.148.149.151.154.159.160.164.169.170.172.173.176.179.183.186.190.193.194.195
・カンファレンス 41.42.43.44.45.46.47.48.49.50.51.52.53.55.56.57.60.95.98.101
(審判期日前・事後の準備会議) 102.105.107.108.120.131.163.204.216.221.222.228
き
・乗却 81.83.84.85.90.91.94.152.153.155
・起算点 82
・却下 29.68.76.83.84.87.88.90.93.94.99.109.111.162.163.186.202
・急性期 103.185.198.205.206.207
・共通評価項目 57.58.120.121.122.189.193.194.198.199
く
・クライシスプラン 49.50.59.60.62.63.65.66.118.122.207.209.211.223
(緊急時対応計画)

・クロザピン 113
け
・ケア会議(通院処遇対象者) 11.13.14.59.62.64.65.129.203.205.206.207.213
・刑事責任 6.9.95.109.164.166.168.169.170.174.175.187
・刑法第39条 39.167
・権利擁護講座 208
・検察官 5.6.9.10.28.39.41.42.43.44.47.49.51.52.53.54.55.68.76.95.96.104.109.110.111.149.152.153.156.159.160.162.163.169.170.171.174.176.186.191.193
こ
・高度保安病院 125
・更生保護制度 16
・広汎性発達障害 113.154.175
・混合性人格障害 152.153.154.186
・国選付添人 107
さ
・再入院 34.60.61.95.121.122.143.144.191.198.225
・裁判官 5
・裁判所書記官 5
・裁判所事務官 5
・裁判所制度 4
・三審制度 5
し
・重大な他害行為 6.8.9.10.28.34.36.39.60.71.73.111.124.136.140.146.159.188.190.192.195
・執行猶予 7.16.28.39.40.52
・疾病性 45.48.50.60.95.99.100.101.112.113.115.116.117.118.126.174.183.184.191.192.193.194.196.216.217.220.221
・指定通院医療機関 7.10.11.13.14.15.56.57.58.62.78.79.80.81.82.83.84.90.91.92.93.95.96.102.108.114.120.121.122.123.144.191.211.213.223.225.226
・指定通院医療機関の管理者による意見を基礎とし 92.93
・指定入院医療機関 7.10.11.12.13.14.15.35.48.49.50.51.52.53.54.57.58.59.62.78.79.80.81.82.83.84.86.87.88.90.97.102.103.107.108.112.116.118.122.128.129.130.131.135.142.144.151.152.153.154.155.163.184.185.191.204.205.206.207.208.210.211.213.217.218.219.220.221.223
・指定入院医療機関の管理者による申立て 78.79.142
[医療観察法第49条]
・指定入院医療機関の管理者による意見を基礎とし 86
・指定入院医療機関の限界性 112
・CPA(Care Programme Approach)会議 59.62.206.207.210.211.213.223