

する規定はなく、その点に関するガイドラインも存在しない。しかし、国連人権原則における同意原則を踏まえ、医療観察法の入院処遇ガイドラインには対象者の同意および病棟倫理会議に関する規定が盛り込まれた。鑑定入院中の対象者も精神保健施設に入院する者である以上、対象者の治療拒絶権、対象者が同意無能力の場合の手続等について、法律またはガイドライン等で明確に規定する必要があると思われる。

#### (D) 鑑定入院中の身体合併症

鑑定入院中に身体合併症を発症した場合、規則には、鑑定入院機関の変更の規定が置かれているため（規則 51 条）、鑑定入院機関を総合病院の精神科病棟に変更し、身体合併症の治療も行いつつ「鑑定その他医療的観察」を継続できるのであれば問題は生じない。しかし、最高 3 か月に限定されている鑑定入院期間を超え、治療が長期にわたる場合には、医療観察法には執行停止の規定がないため、どのような措置を講じるべきかが問題となる。このような事態に対処するためには、勾留の執行停止（刑訴法 95 条）と同じように鑑定入院の執行停止を認め、それを明文の規定として掲げておく必要があると思われる。<sup>34</sup>

#### (E) 処遇改善請求

精神保健福祉法は、精神科病院に入院中の者またはその保護者に、処遇改善請求の権利を保障し（法 38 条の 4）、精神医療審査会が処遇の適否について審査を行うこととしている（法 38 条の 5）。医療観察法でも、指定入院医療機関に入院している対象者またはその保護者に処遇改善請求の権利を付与し（法 95 条）、社会保障審議会が処遇の適否を審査することとされている（法 96 条）。しかし、鑑定入院中の対象者には、このような権利が認められておらず、鑑定入院先で不当な処遇を受けたような場合であっても、鑑定入院先の変更という裁判所の職権発動を促すことくらいしか（規則 51 条 3 項）手立てがない。

一方、国連人権原則では、患者は国内法によって定められた手続によって不服申立てを有する権利を有すると規定する（原則 21）。この趣旨を鑑定入院中の対象者に関してもおおよし、鑑定入院中の処遇改善請求に関する規定を、医療観察法自体に設ける必要があると思われる。

#### ⑤再審規定の新設<sup>35</sup>

1) 医療観察法の医療に付された後で、誤診や詐病のため誤審が明らかになったケースについて、再審により刑事司法の側に差し戻す仕組みを創設すべきだとの指摘がある。<sup>36</sup> 例えば、ある対象者が、起訴前鑑定で、「統合失調症」との診断を基礎に、心神喪失または心神耗弱と認められ不起訴処分となり、検察官による医療観察法の申立てが行われ、処遇鑑定でも「統合失調症」と診断された結果、医療観察法による入院医療を行う決定が確定したが、入院した指定入院医療機関の医師が、対象者の精神障害は、「統合失調症」ではなく「人格障害」であると診断し、治療可能性が疑わしいと判断したような場合である。さらに、精神障害に罹患していない対象者について、起訴前鑑定を行った医師、処遇鑑定を行った医師が詐病を見抜けず、責任能力に問題ありとして、医療観察法による医療が決定したような場合も問題となる。現行法上、医療観察法による医療ないし不処遇の決定（法 42 条 1 項）が確定した以上は、検察官は当該決定に係る対象行為について公訴を提起することはできないし、<sup>37</sup> 再度の検察官申し立ても行えない（法 46 条 1 項）。そこで、実務では、このような場合に、指定入院医療機関の管理者から退院の許可の申立て（法 49 条 1 項）を受けて、この法律による医療を終了する旨の決定を行うという運用がなされている。<sup>38</sup>

2) 責任能力の有無は、処遇言い渡しの前提要件である。したがって、誤った診断に基づいて処遇の対象となった者は、医療観察法の処遇から解放する必要がある。さらに、本来、引き受けるべきでない対象者を処遇する指定医療機関の負担も取り除く必要がある。その方法としては、精神障害が改善した（あるいは、更なる治療の必要はない）として処遇終了を認めると

いう、現在の実務におけるやり方で十分との意見もありうるだろう。<sup>39</sup>しかし、やはり、退院許可の申立てに再審申立ての役割を担わせるのは妥当ではなく、さらに、そのような者を刑事司法手続きに戻すことをも考えるのであれば、新たな制度創設の検討が必要になると思われる。

- 1 加藤久雄「現行措置入院制度による触法精神障害者処遇の現状と課題について—高度に危険な人格障害犯罪者に対する刑事法上の対応を中心として」現代刑事法3巻9号(2001年)64頁以下、同『人格障害犯罪者と社会治療』(2002年)3頁以下。また、同趣旨のものとして、山上皓「触法精神障害者の法的処遇とその問題点」精神科治療学11巻10号(1996年)1037頁など。
- 2 大谷實「保安処分の現状と論点」ジュリスト772号(1982年)16頁以下参照。
- 3 その詳細については、山本輝之「心神喪失者等医療観察法における強制処遇の正当化根拠と『医療の必要性』について—最高裁平成19年7月25日決定を契機として」中谷陽二編集代表『精神科医療と法』(弘文堂、2008年)132頁以下参照。
- 4 平田豊明「起訴前簡易精神鑑定地域格差」精神医療38巻(2005年)43頁。
- 5 平林直次・樽矢敏広「入院患者に対してどのような医療を提供しているのか」季刊刑事弁護49号(2007年)107頁。
- 6 平田豊明「医療観察法施行後における起訴前簡易鑑定の意義」精神神経学雑誌108巻5号(2006年)504頁。
- 7 柑本美和「医療観察法の法的側面—検察官の裁量権・『医療の必要性』」精神科10巻3号(2007年)194-195頁。
- 8 町野朔「『与党PT案』をのぞく」日本精神病院協会雑誌21巻2号(2002年)165頁。
- 9 たとえば、東京都立松沢病院の田口寿子先生は、たしかに、人格障害の治療は困難であるといわれている、しかし、実務上「治療反応性」という基準は、治療による改善にかなりの時間を要する人格障害等の対象者を除外するためのものと理解されているが、このような社会復帰に著しく時間のかかることが予想される対象者を、今までどおり一般精神医療が抱え込むしかないのであれば、医療観察制度の存在意義が問われる、知的障害者、器質性精神障害者、人格障害者も含めて「治療反応性」がない精神障害者はいないし、

- また「治療反応性」は治療によって高められていくべきであり、速効性の治療効果が期待できず、短期間に社会復帰できるまで回復する可能性がない対象者であっても、医療観察法による治療を受ける機会を与えるべきである、と指摘されている。田口寿子「『心神喪失者等医療観察法』施行一年を迎えて」*こころの科学* 130号（2006年）8頁。
- 10 箭野章五郎「医療観察法における『対象行為』とその主観的要件—精神の障害にもとづく錯誤の場合—」*法学新法* 116巻（2009年）110頁参照。
  - 11 林美月子「医療観察法の対象行為と故意」*研修* 756号（2011年）13頁参照。さらに、加藤俊治「判例研究 心神喪失者等医療観察法における対象者が幻聴、妄想等に基づいて行った行為が対象行為に該当するかどうかを判断する際の対象者の認識等の取扱い〔東京高裁平成19.12.21決定〕」*研修* 722号（2008年）3頁以下参照。
  - 12 町野朔「精神医療と犯罪—医療観察法の回顧と展望—」森島昭夫・塩野宏編『変動する日本社会と法—加藤一郎先生追悼論文集』（有斐閣、2011年）822頁。
  - 13 山本・前掲注3 143頁以下参照。
  - 14 例えば、イギリスでは、裁判所は、精神障害に罹患した犯罪者に、刑罰の賦課に代えて治療処分である病院命令（Hospital Order）を言い渡すことができる。刑罰か治療処分かの判断を行う際に問題となるのは、被告人の責任能力の有無や訴訟能力の有無ではなく、量刑段階での被告人の精神状態と治療可能性である。柑本美和「イギリスにおける司法精神医療」町野朔・中谷陽二・山本輝之編『触法精神障害者の処遇（増補版）』（信山社、2006年）493頁以下。
  - 15 そのような施設として、私達も以前視察したことのある、アメリカ・カリフォルニア州にあるアタスカデロ州立病院（Atascadero State Hospital）がある。それについての詳細な説明については、小西聖子=柑本美和「カリフォルニア州の犯罪者に対する精神医療」*日本精神病院協会雑誌* 20巻19号（2001年）88頁以下参照。
  - 16 このことを、中谷教授は以前から指摘されていた。中谷陽二「触法精神障害者の治療—現状分析と提言」西山詮編『精神障害者の強制治療—法と精神医学の対話2』（金剛出版、1994年）19頁以下。
  - 17 日本弁護士連合会「心神喪失者等医療観察法の施行延期に関する意見書」（2005年6月17日）、日本精神神経学会「医療観察法における鑑定入院の

- 問題点と見解」(2006年4月24日)、日本精神科病院協会「鑑定入院に関する要望書」(2006年3月3日)など。
- 18 本判例の詳細については、山本輝之「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—」町野・岩瀬他編『刑法・刑事政策と福祉—岩井宜子先生古稀祝賀論文集』(尚学社、2011年)118頁以下を参照。
  - 19 下村義之=吉田大輔=坪井隆人「医療観察法施行後2年の処遇事件の処理状況について」判例タイムズ1261号(2008年)19頁以下、三好幹夫「心神喪失者等医療観察法施行後2年の現状と課題について」判例タイムズ1261号(2008年)25頁以下参照。
  - 20 「医療観察法に基づく鑑定入院医療機関の推薦依頼について」(平成17年3月24日障精発第0324001号)。
  - 21 最高裁判所事務総局『「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律」及び「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よる審判の手続等に関する規則」の解説』(平成17年3月)129-130頁。
  - 22 平野龍一『精神医療と法—新しい精神保健法について』(有斐閣、1988年)44頁。
  - 23 この範囲と要件の具体的内容が「厚生大臣があらかじめ公衆衛生審議会の意見を聴いて定める基準」に譲られているのは、許される行動の制限の態様と要件を全て法律で規定することは技術的に困難であり、新たな問題に対応する柔軟性を欠き、さらに、法律によって医師の行動を広範囲に縛ることは妥当でないと考えられたためである。町野朔「精神医療と精神障害者の権利—精神保健法における暫定的改革—」厚生指針35巻7号(1988年)16-17頁。
  - 24 「入院処遇ガイドライン」(平成17年7月14日障精発0714002号)。
  - 25 平成23年版犯罪白書によれば、検察官による申立てが行われた対象者の約90%が、不起訴処分を受けた者である。
  - 26 鑑定のための拘束入院ではなく、鑑定のための治療入院であると指摘するものとして、松下正明「医療観察法における医療安全管理—とくに鑑定入院について」精神医学47巻9号(2005年)936頁。
  - 27 しかし、法施行から約1年を経過した時点で、鑑定入院中の医療の消極性はほぼ克服されつつあると評価されている。伊賀興一「施行後1年の医療観察

- 
- 法制度に見た付添人の業務と役割」季刊刑事弁護 49 号（2007 年）87 頁。
- 28 前掲注 20 参照。その他、司法精神医療人材養成研修企画委員会による「医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン」、厚生労働科学研究の成果物として「医療観察法鑑定入院における対象者の診療に関する指針（鑑定入院診療ガイドライン）」が発表されている。
- 29 Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care. 齋藤正彦（訳）「精神疾患を有する者の保護及びメンタル・ヘルスケアの改善のための諸原則」日本精神病院協会雑誌 11 巻 7 号（1992 年）55 頁参照。本稿の引用する国連人権原則の訳文はこれに従う。
- 30 町野朔「患者の自己決定権とその能力」精神医学 35 巻 8 号（1993 年）883 頁。
- 31 国連人権原則序文 8 および 9。
- 32 『医療観察法鑑定入院における対象者の診療に関する指針（鑑定入院診療ガイドライン）』6(1) 参照。
- 33 治療に対する同意原則は、刑事施設に勾留されている者および受刑者にも適用される（国連人権原則 20）。
- 34 なお、身体合併症の治療については、指定入院医療機関に入院中の対象者についても問題は存在した。指定入院医療機関の管理者は、合併症を有する対象者を他の医療施設に転院させることが可能である（法 100 条 3 項）。しかし、医療観察法附則第 5 条によって追加された精神保健福祉法 44 条 2 項により、合併症治療を引き受ける精神病院が隔離拘束等の措置を行えないとすると、引受先の病院を探すことが極めて困難となるというものであった。柑本美和「法律について知っておくべきこと—医療観察法と精神保健福祉法の関係—「身体合併症」と「(再)入院」を題材として—」松下正明総編集『司法精神医学 5 司法精神医療』（中山書店、2006 年）279-286 頁参照。
- 35 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。
- 36 山上皓「医療観察制度の現状と課題—司法精神医学者の視点から」精神医学 50 巻 11 号（2008 年）1048 頁。
- 37 立案者の説明によれば、このような規定を設けたのは、本法の審判により、本法による医療を行わない旨の決定等がなされ、これが確定した後であっても、検察官がさらに当該対象者を起訴できることとなるとすると、法的安定性

---

を害し、対象者の法的地位を不安定なものとするようになるからだという。白木功、今福章二、三好圭編・「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の衣料および観察等に関する法律（平成15年法律第110号）について(5)」法曹時報57巻11号（2005年）3422頁。

38 東京高決平成18年8月4日東高刑事報57巻1～12号35頁。

39 実際、このような手続きは、一種の再審申立ての性格を有しているとの見解も示されている。三好・前掲注19 31頁注13参照。

※ なお、本稿は、山本輝之・柑本美和「医療観察法の今後の課題」日本精神科病院協会雑誌31巻7号（2012年7月5日発行）21頁以下に加筆修正したものである。

# 医療観察法で処遇された者の 社会復帰の現状

## 保健所のアンケート調査から

辻本 哲士<sup>1)</sup> 角野 文彦<sup>2)</sup> 村田 浩<sup>3)</sup> 中原 由美<sup>4)</sup>  
 楢本 まどか<sup>2)</sup> 黒橋 真奈美<sup>2)</sup>

### 目的

平成 17(2005)年 7 月に「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、医療観察法)が施行され、その中で病状の改善、行為の再発防止、社会復帰の促進が明確化された。地域精神保健の中核を担う保健所の役割は大きく、身近な医療福祉サービスを実施するための自治体の責任・関与が求められている。今回、法施行後、全国の保健所がかかわった医療観察対象者についてのアンケート結果を報告する。

### 対象、期間、手法および調査内容

平成 17(2005)年 7 月から平成 23(2011)年 6 月までの 6 年間に、全国の保健所(494 保健所—対象保健所内訳：県 392、政令市 8、中核市 40、指定都市 31、特別区 23)が把握している医療観察法処遇を受けた全事例を調査対象とした。調査期間は平成 23 年 9 月 1 日から 9 月 30 日までとし、アンケートを送付した。調査内容は、地域、性別、年齢、ICD-10 診断病名(複数回答可)、当初審判状況、調査時処遇状況、社会復帰状況などである。調査票はコード化するなど、個人が特定できないように十分に配慮した。

### 結果

#### 1. 調査結果全体について

回答保健所数は 326 か所(回収率 66.1%)で、総対象者数は 849 人となった。

#### 1) 性別・年齢

性別は男性 628 人(74.0%)、女性 220 人(25.9%)、不詳 1 人(0.1%)であった。年齢は 20 歳未満 5 人(0.6%)、20 歳代 116 人(13.7%)、30 歳代 240 人(28.3%)、40 歳代 188 人(22.1%)、50 歳代 174 人(20.5%)、60 歳代 92 人(10.8%)、70 歳代 29 人(3.4%)、80 歳代 5 人(0.6%)であった。

#### 2) 地域

北海道・東北 121 人(14.3%)、関東・甲信越 270 人(31.8%)、東海・北陸 137 人(16.1%)、近畿 139 人(16.4%)、中国・四国 87 人(10.2%)、九州・沖縄 95 人(11.2%)であった。

#### 3) 診断病名

ICD-10 診断の主たる診断病名を表 1 に示す。F2 の統合失調症圏が 583 人(68.7%)を占め、F3 の気分(感情)障害圏が 68 人(8.0%)、F1 の精神作用性物質による障害圏が 60 人(7.1%)となっていた。

#### 4) 当初審判と調査時点の処遇の状況

当初審判では、入院処遇となった対象者 628 人(74.0%)、通院処遇となった者 207 人(24.4%)、不

1) つじもと てつし：滋賀県立精神保健福祉センター 連絡先：☎ 525-0072 滋賀県草津市笠山 8-4-25  
 2) かくの ふみひこ、すぎもと まどか、くろはし まなみ：滋賀県健康福祉部  
 3) むらた ひろし：大牟田保養院  
 4) なかはら ゆみ：福岡県嘉穂・鞍手保健福祉環境事務所

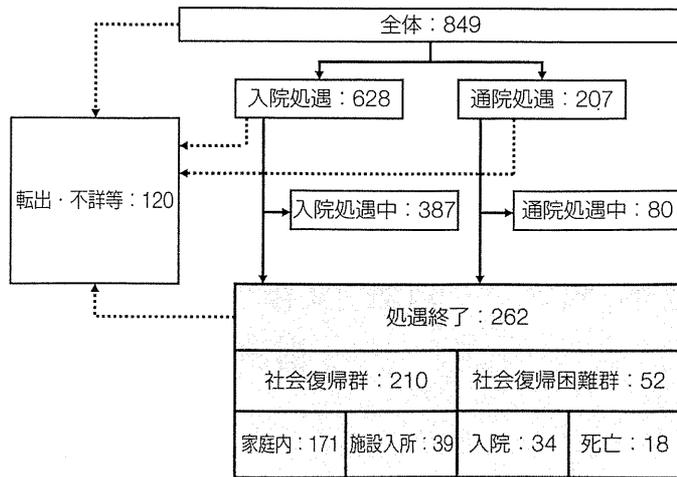


図1 医療観察法で処遇された対象者の経過

表1 主たる診断病名

F0：症状性を含む器質性精神障害	20 (2.4%)
F1：精神作用物質使用による精神および行動障害	60 (7.1%)
F2：統合失調症，統合失調型障害および妄想性障害	583(68.7%)
F3：気分(感情)障害	68 (8.0%)
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	4 (0.5%)
F5：生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群	0 (0.0%)
F6：成人の人格および行動の障害	11 (1.3%)
F7：精神遅滞	15 (1.8%)
F8：心理的発達の障害	7 (0.8%)
不詳・記入なし	4 (0.5%)
その他	26 (3.1%)
複数診断	51 (6.0%)

複数の診断がついた者で，同じ組み合わせをもつ者で人数が5人未満であったものについては，F7が入っているものはF7，F3が入っているものはF3，F1が入っているものはF1，F0が入っているものはF0としてまとめた。同じ組み合わせをもつ者で人数が5人以上であったもの51人については，F1+F2は11人(1.3%)，F2+F6は5人(0.6%)，F2+F7は27人(3.2%)，F2+F8は8人(0.9%)であった。

詳・記入なし14人(1.6%)であった。当初審判で入院処遇となった628人中，調査時点が審判から3年未満でなお処遇中であった者326人，処遇が延長していた者61人，処遇が終了していた者241人であった。当初審判で通院処遇となった

207人中，調査時点が審判から3年未満でなお処遇中であった者76人，処遇が延長していた者4人，処遇が終了していた者127人であった。

## 2. 医療観察法処遇が終了し，社会復帰の段階にあると思われる対象者の分析

当然のことながら医療観察法対象者は，調査時点において精神科専門治療を受け，病状改善の途上にある。これに対して処遇が終了した者は，病状がある程度改善し，社会復帰している段階にあることが期待される。そこで処遇が終了し，調査時に社会復帰の状況が把握できている262人に関して分析した(図1，表2)。調査時の社会復帰の状況を家庭内，施設入所，入院，死亡に分類した。さらに「精神障害がある程度改善した上で，対象者本人またはその周囲の者の自立的意思により，継続的かつ適切な医療が対象者に提供される状態」を社会復帰と考え<sup>1)</sup>，家庭内と施設入所の社会復帰群，入院と死亡の社会復帰困難群にまとめた。転出や不詳・記入なしなどで状況がわからない者120人は，262人から除いている。全体としては家庭内171人(65.3%)，施設入所39人(14.9%)，入院34人(13.0%)，死亡18人(6.9%)，さらに社会復帰群210人(80.2%)，社会復帰困難群52人(19.8%)という結果となった。性別に関しては男性175人，女性87人で，社会復帰群の割合は男性78.3%，女性83.9%となっていた。入院の割合は男性が16.0%，女性が6.9%であった。

表2 処遇終了者の状況

(単位:人)

		家庭内	施設	社会復帰群	入院	死亡	社会復帰困難群	合計
全体		171 (65.3%)	39(14.9%)	210 (80.2%)	34(13.0%)	18 (6.9%)	52(19.8%)	262
性別	男性	106 (60.6%)	21(17.7%)	137 (78.3%)	28(16.0%)	10 (5.7%)	38(21.7%)	175
	女性	65 (74.7%)	8 (9.2%)	73 (83.9%)	6 (6.9%)	8 (9.2%)	14(16.1%)	87
当初審判結果	通院処遇	71 (68.9%)	18(15.5%)	87 (84.5%)	6 (5.8%)	10 (9.7%)	16(15.5%)	103
	入院処遇	100 (62.9%)	23(14.5%)	123 (77.4%)	28(17.6%)	8 (5.0%)	36(22.6%)	159
病名別	F0	4 (50.0%)	2(25.0%)	6 (75.0%)	0 (0.0%)	2(25.0%)	2(25.0%)	8
	F1	13 (65.0%)	4(20.0%)	17 (85.0%)	2(10.0%)	1 (5.0%)	3(15.0%)	20
	F2	104 (65.0%)	25(15.6%)	129 (80.6%)	20(12.5%)	11 (6.9%)	31(19.4%)	160
	F3	22 (78.6%)	1 (3.6%)	23 (82.1%)	3(10.7%)	2 (7.1%)	5(17.9%)	28
	F4	1(100.0%)	0 (0.0%)	1(100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1
	F6	4 (80.0%)	1(20.0%)	5(100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5
	F7	5 (55.6%)	0 (0.0%)	5 (55.6%)	4(44.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	9
	F8	3(100.0%)	0 (0.0%)	3(100.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3
	その他	7 (58.3%)	0 (0.0%)	7 (58.3%)	4(33.3%)	1 (8.3%)	5(41.7%)	12
	重複あり	8 (50.0%)	6(37.5%)	14 (87.5%)	1 (6.3%)	1 (6.3%)	2(12.5%)	16

当初審判の結果の違いについて、社会復帰群は通院処遇で84.5%、入院処遇で77.4%となっていた。また、入院処遇では入院例の比率が17.6%と高かった。主たる診断病名に関しては、分析する対象者数が少なくなったため、複数の診断がつけられている症例に関しては「重複あり」としてまとめた。社会復帰群は、対象者数が圧倒的に多いF2は80.6%、F1が85.0%、F3が82.1%と高い割合を示していた。重複ありも87.5%と高かったが、施設適応が37.5%を占めていた。年齢は、社会復帰群の割合については20歳代が74.4%で低く、70歳代が84.6%と高く、どの年齢層でも7~8割は社会復帰の段階にあった。家庭内での適応については30歳代が73.0%と高く、入院例は20歳代に20.5%と多かった。

## 考察

### 1. 医療観察法対象者全体の状況について

医療観察法対象者は入院・通院とも、性別は男性が約7割、女性が約3割、年齢に関しては30歳代約3割、40歳代約2割、50歳代約2割を占めるという比率は、先行研究と同様であった<sup>2)</sup>。診断病名もF2の統合失調症圏が約7割で最も多く、F3の気分(感情)障害圏が約1割、F1の精神作用性物質による障害圏が約1割であることもこれまでの報告<sup>3)</sup>と同じであった。当初審判に関し

ては、従来の報告<sup>4)</sup>より入院処遇の割合が高かった。これは、保健所には不処遇対象者に関する情報は入っていないことによると思われる。

### 2. 処遇終了者の社会復帰状況について

最近の医療観察法の状況は、国会報告や厚生労働省報告<sup>5)</sup>にまとめられている。平成22(2010)年7月31日末までの約5年間に、当初審判において、入院決定1,078人、通院決定324人、不処遇決定303人、却下決定60人となっている。同期間に、地域社会における処遇が実施された人員は799人で、このうち通院決定は324人、退院許可決定は475人で、地域社会における処遇を終了した人員は279人となっている。今回の調査は、この279人に相当する症例を保健所サイドから分析していることになる。上記報告より1年長いが、262人という数はかなり割合の処遇終了者の把握ができていると思われる。

本来、社会復帰を評価するためにはコホート的な分析手法が必要となるが、今回は処遇終了者の状況を調べることでその動向を推量した。性別に関しては、男女とも約8割の対象者が社会復帰できていた。入院の比率は男性のほうが高かったが、これは男性に問題行動としての暴力行為の発生率が高いことが関係している可能性がある。年齢に関しても、おおむねどの年代でも約8割は社会復帰できていた。70歳以上の症例で施設入所

が多かったのは、高齢者入居施設が受け入れ先となっていることが推定される。死亡事例は40歳代が最多であり、今後、自殺との関連性を含め、死因についても精査していくことが必要となろう。

当初審判の比較でも、入院処遇、通院処遇とも、約8割の対象者が社会復帰できていた。入院処遇では入院事例が多くなっていたが、これはもともと病状が重いために再入院が多くなる理由の他、地域生活に適応を図るための入院例も含まれていることが推定される。

診断病名に関しては、精神作用性物質による障害、統合失調症、気分(感情)障害では、いずれも約8割の対象者が社会復帰できていた。これらは医療観察法対象者の中核群と思われるが、過去の精神障害者の復帰状況と比べると良好な状況にあるといえよう<sup>6)</sup>

今回の報告ではいくつか課題が残された。その1つが処遇終了の262人以外に、転出・不詳などで社会復帰の状況が十分把握できなかった対象者が120人いたことが挙げられる。保健所でも、対象者を継続的に支援していくことが難しいことが明らかになった。医療観察法対象者の地域支援を進めていくために、今後、より詳細な調査研究が必要になる。

本研究は、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：司法精神医療における行政機関の役割に関する研究」(主任研究者：北海道大学病院精神科神経科教授・小山司、分担研究者：滋賀県健康福祉部技監・角野文彦)の一部として行われた。

## 文 献

- 1) 小笠原基, 他: 通院治療—医療観察法と社会復帰. 臨床精神医学 38(5): 667-672, 2009
- 2) 和田久美子, 他: 医療観察法申し立て対象者225例の特性と処遇決定の現状. 臨床精神医学 37(4): 415-423, 2008
- 3) 安藤久美子, 他: 医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究—指定通院医療機関モニタリング調査研究. 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)) 統括・分担研究報告書, 97-125, 2012
- 4) 安藤久美子, 他: 医療観察法における処遇決定に関する要因の分析. 司法精神医学 4(1): 13-22, 2009
- 5) 厚生労働省. 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状況についての検討結果について2012. <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r9852000002gk0i.html>(平成25年9月24日アクセス可能)
- 6) 山上皓: 精神障害と犯罪. 精神医学 36(8): 786-797, 1994

MEDICAL BOOK INFORMATION

医学書院

# インターライ方式 ケア アセスメント

居宅・施設・高齢者住宅

interRAI Home Care(HC) Assessment Form and User's Manual 9.1

著 Morris J. N., et al  
監訳 池上直己  
翻訳 山田ゆかり・石橋智昭

●A4 頁368 2011年  
定価3,990円(本体3,800円+税5%)  
[ISBN978-4-260-01503-5]

MDSの開発で著名なインターライによる高齢者ケアアセスメントマニュアルの最新版。居宅版、施設版、高齢者住宅版を、日本の地域包括ケアのニーズに応えるため、日本独自の統合版マニュアルとして発行。多職種による切れ目ないケアを提供するうえで最適なアセスメント方式。本書は『MDS2.0在宅ケア』と『MDS2.1施設ケア』の発展版にあたり、2冊が統合された形になっている。ケアマネジャー必携書。

## Ⅱ．社会の中の統合失調症

# 7．医療観察法の 制度概要と課題

三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター 第一主任医療社会事業専門職

### POINT

司法精神医療に長い歴史と経験をもつ欧米諸国などにおいては、精神医療・保健・福祉の関係者が、司法精神医療を特別視する傾向が少なく、精神医療の一形態という意識で行われている。しかし、最近まで司法精神医療のシステムが未整備だったわが国では、司法精神医療を特殊なものと思う意識が、非常に強い。そのため、精神医療・保健・福祉の関係者でも、制度への知識や経験のなさによる不安などとともに、精神医療ではない特別なものという意識から、医療観察法の対象者（8割以上は、主病名が「統合失調症」である〔表2・80頁参照〕）への支援を躊躇したり、拒否的となることが多いなど、制度や司法精神医療自体の問題点だけでなく、制度施行に伴い派生したさまざまな課題が指摘され始めている。

本項では、できるだけ医療観察(法)制度の全般について理解してもらうため、医療観察法成立の経緯や目的、その制度概要や審判手続きと内容、実際の鑑定入院から指定入院医療機関での入院処遇、通院医療機関での通院処遇、保護観察所の役割などを、海外の司法精神医療の現状とともに、紹介していく。また、わが国の医療観察(法)制度の特徴や課題にも言及していく。

## はじめに

2003年に、「心神喪失など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「医療観察法」)が成立し、2005年7月にこの法律が施行されたことにより、わが国でも、重大な他害行為を行った精神障害者に対して、司法と精神医療の連携する特別な制度としての「司法精神医療のシステム」をもつことになった。

欧米諸国では、そのほとんどの国が「司法精神医療のシステム」をもっている。しかし、その制度の内容や運用は、それぞれの国の政策や環境などにより、違いが大きい。例えば、精神医療において「病院から地域へ」など、先進的な取り組みを行っているイギリスとイタリアにおいても、司法精神医療のシステムやその実際の運用では、大きな隔りがある。

イギリスは、司法、精神医療、保健、福祉が連携するシステム(治療と社会復帰を明確な目的とした入院医療機関の整備やケアマネジメント方法の開発、倫理教育を含めた関係者・従事者への専門的な研修の開催等)を丁寧に整えていき、司法精神医療における入院期間を大幅に短縮(1980年代前半までは10年近くであった平均入院期間を、1990年後半には2年程度まで短縮)し、地域でのケアを促進していった。しかし、一方、イタリアでは、これらの司法、精神医療、保健、福祉が連携するシステムを、ハード・ソフト面とも政策的にうまく整えていくことができず、地域の精神医療・保健・福祉関係者の努力にもかかわらず、現状では、司法精神医療の入院患者の多くが長期入院を余儀なくされ、社会的入院になってしまっているケースが多く、一般の精神医療との著しい格差が問題となっている。

わが国では、司法精神医療のシステムを導入

するにおいて、各国の司法精神医療のシステムを調査し、比較的良好に制度が運営されているといわれる、このイギリスの司法精神医療システムを参考に、医療観察法に必要な施策や医療内容、指定入院医療機関などの施設を整えていくことにした。しかし、現在のところ、イギリスを参考とした専門病棟がやっと全国各地に整ってきたところまでであり、退院調整や地域ケア計画作成のためのソフト面の整備(ケアマネジメント方法の開発、倫理教育を含めた関係者・従事者への専門的な研修の開催等)や地域での援助体制構築のための社会資源の準備など、医療観察法の対象者(以下、対象者)の社会復帰のためのシステムづくりは、これもイギリスなどを参考に模索しながら整備している状況にある。

本項では、施行されてから8年を経過した医療観察法とその関連制度について、いままであまり報告されてこなかった審判中の鑑定医療機関や指定入院医療機関での処遇も含め、医療観察制度における処遇全体の流れ、今後の課題等について解説していく。

## 医療観察法の概要

### 1 医療観察法の成立過程

重大な他害行為を行った精神障害者をどのように処遇していくかということは、1950年代頃より、わが国の精神科医療・法律・行政機関など、各分野の関係者の間で、長く議論されてきた。とくに1980年代後半より1990年代初頭にかけて、処遇困難精神障害者の処遇についての活発な議論が行われ、1991(平成3)年の公衆衛生審議会精神障害者部会において、いわゆる処遇困難病棟の設置についての具体的な方針などが、中間報告として出されたこともあった。しかし結局、保安処分へ至るとの危惧など多くの問題が指摘されて、実現には至らなかった。

その後、1999(平成11)年の精神保健福祉法の一部改正案の審議過程において、「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」との付帯決議が行われ、2001(平成13)年1月に、法務省および厚生労働省による合同検討会が発足する。この合同検討委員会が継続していた、2001年6月に大阪で起こった児童などへの無差別殺傷事件により、世論などが重大な犯罪を犯した精神障害者への処遇に関する法律整備を求める意向に大きく傾き、国会における与党のプロジェクトチームが組織される。

そして、この与党のプロジェクトチームは、重大な犯罪を犯した精神障害者への処遇について、

- ① 新たな処遇手続の創設(裁判所の関与)
- ② 対象者の処遇施設の整備(専門治療施設)
- ③ 退院後の体制の確立(保護観察所の観察)
- ④ 司法精神医療の充実、などを提案した。

これらを受けて、法務省と厚生労働省により、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律案が作成され、閣議決定を経て、2002(平成14)年3月18日の第154回国会に提出される。そして、医療観察法は継続審議となりながら、第155回国会では自民党と公明党による修正案が提出され、翌2003(平成15)年7月10日の第156回国会の衆議院において可決され、成立した(平成15年法律第110号)。

その後、医療観察法は、法制度などの整備や指定入院・通院医療機関、保護観察所などの準備・調整の期間を経て、2005(平成17)年7月15日に施行されることになる。

## 2 医療観察(法)制度の目的とその枠組

医療観察法は、その条文の第一条で“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する”としており、この法律の最終的な目的を、対象者の社会復帰と位置づけている。

対象者とは、心神喪失または心神耗弱の状態(精神障害のため善悪の区別がつかないなどの刑事責任を問うことのできない状態)で、重大な他害行為を行った精神障害者について、裁判所がその審判において、医療観察法による入院(入院医療の実施)決定、通院(入院によらない医療の実施)決定した者である。医療観察法における重大な他害行為とは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害(軽微なものは除く)の6罪種である。

医療観察制度は、この医療観察法と厚生労働省と法務省が作成した関連の5つのガイドライン(「入院処遇ガイドライン」「指定入院医療機関運営ガイドライン」「通院処遇ガイドライン」「指定通院医療機関運営ガイドライン」「地域社会における処遇ガイドライン」)を基礎として運営されている。

## 医療観察制度の処遇の流れ

(図1)

### 1 重大な他害行為から

#### 鑑定入院(医療観察法審判)まで

医療観察法における重大な他害行為である、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害(軽微なものは除く)の6罪種の犯罪が行われ(未遂を含む)、犯罪者が逮捕されると、警察で取り調べられたあと、検察に送られることになる。そして検察において、精神障害などによる心神喪失や心神耗弱により不起訴になった者や、起訴後、心神喪失ゆえに無罪判決が出され

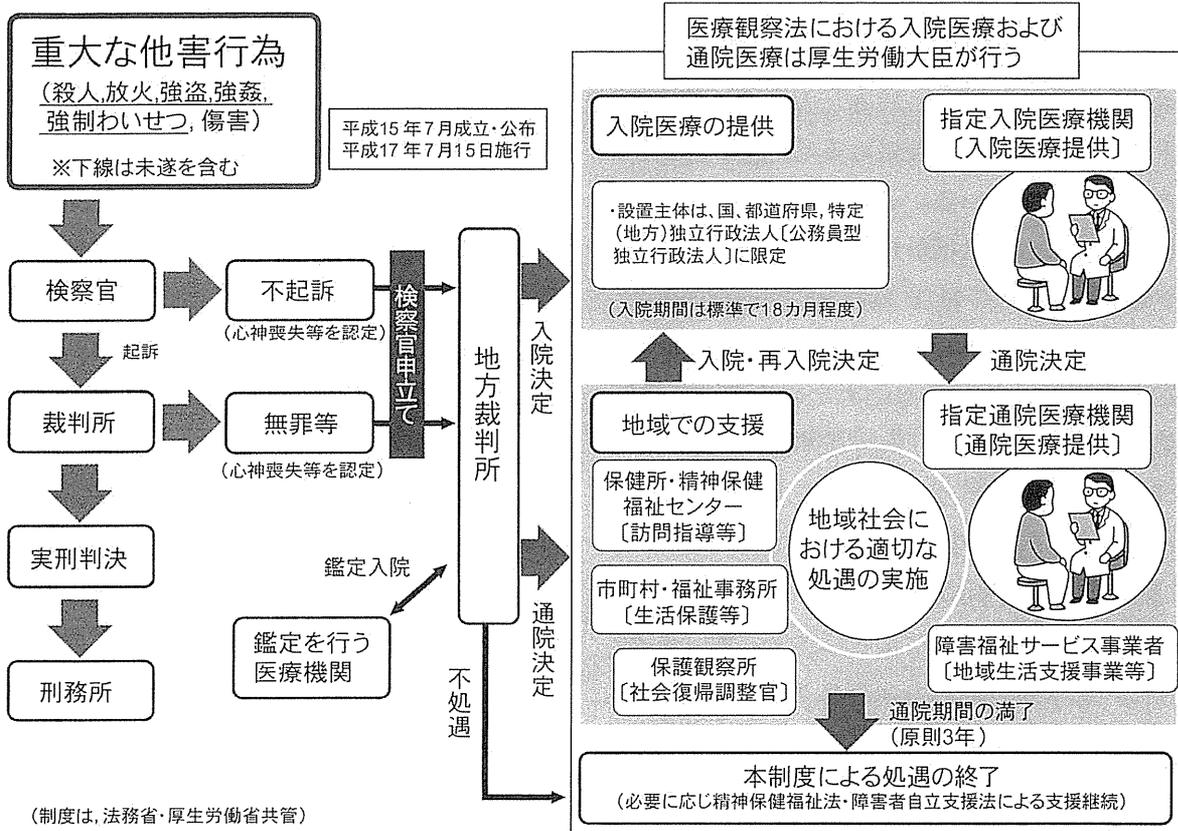


図1 医療観察法の仕組み

図の左側では、重大な他害行為から最初の医療観察法審判（当初審判）での各司法機関等の手続き、決定等の流れを説明している。図の右側の上部は、医療観察法により入院決定を受けたあとの指定入院医療機関や入院処遇の説明、下部は、通院決定を受けたあとの通院処遇（地域処遇）と保護観察所、指定通院医療機関など関係機関の関わり、処遇終了について説明している。各処遇を変更している茶色の矢印の「入院決定」、「通院決定」、「入院・再入院決定」また、通院期間の満了（3年間）以前の処遇終了決定についてはすべて、地方裁判所による決定が必要となる。

(厚生労働省配付資料)

た者、心神耗弱のため刑が減輕され自由刑（自由を拘束する刑）を免れた者について、検察官は医療観察法審判の申立てを行うことになっている。この間、対象者は、拘置所に拘束されている場合が多く、通常、簡易鑑定や刑事鑑定が行われている。また、精神科の治療は、最低限の診察と服薬のみの場合が多い。

## 2 医療観察法審判（当初審判）の流れ

### 1) 医療観察法における鑑定入院

検察官が医療観察法の申立てを行い、地方裁判所に受理されると、地方裁判所は厚生労働省が指定した鑑定医療機関に対象者を鑑定入院さ

せ、在院を命じる決定を行う。鑑定入院命令により対象者は、審判決定がなされるまでの期間（標準で2カ月、延長した場合3カ月程度）、鑑定医療機関に入院することになる。そして、地方裁判所から任命された鑑定医により、対象者は、医療観察法による審判のための鑑定を受けることになっている。また、この期間内に、保護観察所の社会復帰調整官による生活環境調査のための対象者への面接も行われる。

医療観察法による鑑定入院では、対象者への鑑定とともに治療もできているため、この鑑定入院期間に、鑑定と平行して、対象者の精神科治療が行われる。鑑定入院中の治

療については精神保健福祉法に準拠することになっているが、行動制限、処遇改善などの入院患者の権利擁護に関する明確な規定や公的なガイドラインがなく、対象者の入院処遇を行ううえで課題となっている。

鑑定入院における指針に近いものとしては、厚生労働省の委託研修（医療観察法関連の従事者への研修）を行っている「司法精神医療等人材養成研修企画委員会」より出されている「医療観察法鑑定ガイドライン」、「医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン」などがある。

## 2) 鑑定入院と同時並行して行われる

### 医療観察法審判の状況

医療観察法は、新たな裁判制度として、医療観察法の対象者の処遇の要否および内容を決定する審判制度を創設した。創設された医療観察法の審判制度は、地方裁判所において、裁判官とともに精神科医療の関係者をその審判に関わらせることとし、「精神保健審判員」と「精神保健参与員」という新たな資格を整備した。「精神保健審判員」、「精神保健参与員」は、ともに地方裁判所の非常勤職員であり、特別職の公務員という位置づけにおいて、その業務を行うことになっている。

検察官からの医療観察法の申立てを受けて、地方裁判所は、厚生労働大臣により作成される精神保健判定医（医療観察法審判関連の研修を受け、参加する資格を有する精神科医師）の名簿の中から精神保健審判員を任命する。精神保健審判員が任命されると、裁判官と精神保健審判員により合議体がつくられ、その処遇事件の審判を行うことになる。

また、医療観察法は、対象者の社会復帰を最終的な目的としていることから、処遇の要否およびその内容について、福祉の立場から、専門的知識と経験で精神障害者の社会復帰について意見を言う精神保健参与員（医療観察法審判関連の研修を受け、参加する資格を有する精神保

健福祉士、保健師等）を、その審判に関与させることができるようにしている。

対象者が重大な対象行為を行い、検察官による申立てにより地方裁判所で行われる医療観察法での最初の審判は、当初審判（他に、退院申立て時の「退院許可申立審判」、入院継続時の「入院継続申立審判」などがある）と呼ばれている。当初審判では、ほとんどの場合にまず、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、社会復帰調整官等）が集まる「カンファレンス（事前協議）」（医療観察法審判規則 40 条：審判準備）が行われる。このカンファレンスにおける協議の中で、論点整理が行われ、決定内容等についての方針が決まっていく。

対象者が鑑定入院を開始してから、通常 2 カ月（延長された場合、3 カ月）頃に、審判期日が行われる。審判期日とは、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員などが、対象者自身から説明や意見等を聞いて、最終的な決定を行うための医療観察法の審判手続きのひとつであり、通常、地方裁判所内の法廷（対象者の病状によっては、鑑定医療機関内で行われることもある）で行われる。そのため、この審判期日が地方裁判所で行われる場合、対象者は半日程度、鑑定医療機関を出て、検察庁の事務官などにより地方裁判所へ移送され、審判期日後、また鑑定医療機関へ戻されることになる。

その後、医療観察法に入院医療が必要である旨の決定があれば、後日、鑑定医療機関から指定入院医療機関へ入院となり、医療観察法による通院医療が必要であれば、指定通院医療機関に通院となる。もちろん、医療観察法の医療が必要がないとの決定が出る場合もある。

## 3 医療観察法における

### 医療必要性の判断（表 1）

医療観察法では、その入院等の要件を、本制

表1 当初審判の内訳  
(H17.7.15～H23.12.31までの状況)

	件数
入院決定	1,462 (62.5%)
通院決定	386 (16.5%)
医療を行わない旨の決定	390 (16.7%)
却下	84 (3.6%)
取下げ	17 (0.7%)
申立て不適法による却下	0 (0%)
計	2,339件 (100.0%)

指定入院医療機関への入院決定は、6割を超えている。また、入院処遇を経ずに通院決定となり、指定通院医療機関に直接通院となる対象者は、医療観察法施行前には、1割以下と予想されていたが、実際には386件と全体の16.5%程度を占めている。また、対象者に責任能力がある、疾病性や治療反応性がないなどの理由で、医療観察法の対象ではないとされ「(医療観察法)の医療を行わない旨の決定」や「却下」となったものは、あわせて474件(20.3%)を占めている。(厚生労働省 医療観察法医療体制整備室資料より一部筆者改変)

度の社会復帰という目的に即した限定的なものとしている。国会の審議過程においても「医療観察法による医療の必要性」が中心的な要件であるとされ、また「このような医療の必要性の内容を限定し、精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるよう配慮することが必要と認められる者だけが、本法による処遇の対象となることを明確にすることにより、本法による処遇の要件を明確化し、本法の目的に即した限定的なものとする」と答弁されている。

医療観察法における医療必要性の判断は、医療観察法第42条の解釈から、通常、“疾病性”“治療反応性”“社会復帰要因”の3つの評価軸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、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》。

また、前述の国会答弁「本法の目的に即した限定的なものとする」の主旨からも、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とされている。そのため、急性一過性の精神疾患で鑑定時に“疾病性”が消失してしまっているものや、認知症等の器質性精神疾患などで“治療反応性”がないと判断されたものについては、医療観察法における医療を行わない決定がなされることになる。

また、“社会復帰要因”についても、“治療反応性”があり、“疾病性”が高くても、家族や精神障害の福祉関連施設等の手厚いサポートが受けられる等、地域における対象者の社会復帰環境が整っているのであれば、あえて医療観察法の処遇を行う必要のない場合がありうる旨、国会答弁されている。

#### ④ 指定入院医療機関と入院処遇

イギリスでは、1980年代前半頃まで、ブロードモア高等保安病院(High Security Hospital)に代表される大規模な司法精神医療の専門病院

(500～1,000床規模)に司法精神医療の入院患者を集中させ、治療が行われていた。しかし、イギリス国内に3～4カ所しかなかったこのような大規模な施設では、地域の関係機関と連携して退院調整や社会復帰支援を進めていくことが難しかった。

そのため、1975年のイギリスのバトラー報告書は、司法精神医療における高度保安病院の過剰収容改善と対象者の社会復帰促進のため、対

象者の入院治療については、各居住地に近い精神病院内の比較的小規模の病棟での治療を重視し、退院調整や社会復帰支援などの個別の対応が行いやすい地域病棟の整備を提言し、その後、1983年に成立したイギリスの精神衛生法により、対象者の居住地などに近い地域での一般精神病院内での小規模(30～100床程度)の地域保安病棟の整備が推進されていく。

このようなイギリスの状況を踏まえ、わが国

表2 医療観察法の入院対象者の状況(H24.12.31現在)

■ステージ別, 男女別内訳

	男性	女性	合計
急性期	79名	26名	105名(15.7%)
回復期	273	78	351名(52.6%)
社会復帰期	165	47	212名(31.7%)
合計	517名(77.4%)	151名(22.6%)	668名(100%)

■疾病別(主), 男女別内訳

	男性	女性	合計
F0 症状性を含む器質性精神障害	12名	1名	13名(2.0%)
F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害	34	6	40名(6.0%)
F2 統合失調症, 統合失調型障害および妄想性障害	433	122	555名(83.1%)
F3 気分(感情)障害	16	13	29名(4.3%)
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	0	3	3名(0.4%)
F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害	4	5	9名(1.4%)
F7 精神遅滞[知的障害]	4	1	5名(0.7%)
F8 心理的発達の障害	12	0	12名(1.8%)
G4 挿間性および発作性障害(てんかん)	2	0	2名(0.3%)
合計	517名	151名	668名(100%)

※疾病は指定入院医療機関による診断(主病)

※国際疾病分類第10改訂版(WHO作成)に基づいて分類

司法精神医療の対象者は、海外においても男性が非常に多い。日本においても、法施行から現在まで、女性の割合はほぼ2割程度で推移している。厚生労働省は、入院処遇の目安として標準的な各入院ステージの治療期間を、それぞれ「急性期3カ月間」、「回復期9カ月間」、「社会復帰期6カ月間」としているが、統計上の入院処遇中の対象者人数も、ほぼこの割合となっている。

疾病別の分類では、圧倒的に統合失調症(F2)が多く、全体の8割以上となっている。これは、パーソナリティ障害(F6)による犯罪行為が、日本の司法制度では通常、責任能力ありとされ、心神喪失等にあたらぬこと、また、認知症(F0)、知的障害(F7)など、治療反応性に問題がある者が、医療観察法の適用から外れることが多いことなどによる。

(厚生労働省 医療観察法医療体制整備室資料より一部筆者改変)

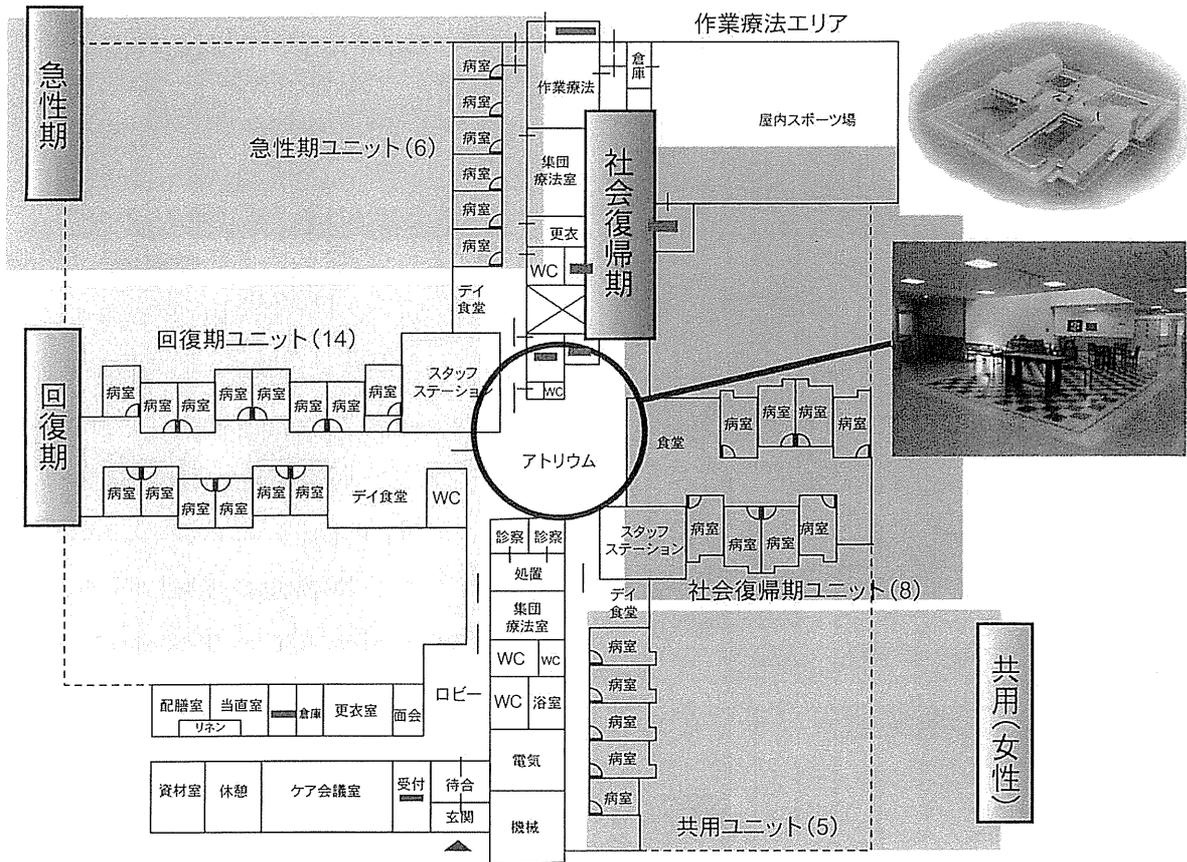


図2 医療観察法病棟 (病床数 33 床タイプ〔1 例〕)

1990 年代後半頃より行われ始めたイギリスの最新の司法精神医療の病棟構造や運営方法を、医療観察法病棟に標準化して取り入れている。そのため、標準的な医療観察法病棟は、病棟内を急性期、回復期、社会復帰期などに区分したユニットをもち、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。また、各ユニットの対象者の交流スペースとして、中心部に「アトリウム」を設けるなど、日本独自のアレンジも行っている。

(筆者作成)

においても、30 床程度の比較的小規模な医療観察法病棟を対象者の居住地近くの一般精神病院内に整備する方針を打ち出し、全国の基幹となる国公立の精神病院を、指定入院医療機関(医療観察法病棟)として各地域に整備していった。また、司法精神医療における治療やリハビリテーション、社会復帰支援に有効とされる以下のようなイギリスの最新の手法を取り入れている(表2, 図2, 3)。

① 医療観察法病棟内を、急性期、回復期、社会復帰期などの各ユニット区分し、治療の進行

に合わせて対象者が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と治療目標を明確にし、各治療ステージに合わせた環境や治療内容を提供できる構造としている(図2)。

② チーム医療の体制をとり、入院対象者に治療、リハビリテーション、社会復帰支援のアセスメント、マネジメントなどを多職種チーム(医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士等)で行っていくことで、総合的および有機的に各種サービスを提供でき

II. 社会の中の統合失調症

	月		火		水		木		金	
8:00	朝起きプログラム		朝起きプログラム		朝起きプログラム		朝起きプログラム		朝起きプログラム	
8:30	申し込み		申し込み		申し込み		申し込み		申し込み	
	モジュール送り		モジュール送り		モジュール送り		モジュール送り		モジュール送り	
9:00	プログラムM		プログラムM		プログラムM		プログラムM		プログラムM	
	共用M	回復M	共用M	回復M	共用M	回復M	共用M	回復M	共用M	回復M
9:30	急性期M	社会復帰M	急性期M	社会復帰M	急性期M	社会復帰M	急性期M	社会復帰M	急性期M	社会復帰M
10:00		小スポーツ		パラレルII/A		フレンドシップ		パラレルII		回復U中庭・キッチン
10:30				森のおもてなし				協同作業G		
11:00						思考スキル トレーニング		CBT入門		
11:30										
12:00		個人Ex		個人Ex		個人Ex		個人Ex		個人Ex
13:00		個人Ex		個人Ex		個人Ex		個人Ex		個人Ex
13:30	共通評価会議	スポーツ or ヘルスプロモーション		パラレルI		パラレルII		ウイメンズ ヘルス		個人OT音楽G
14:00		売店 14:00~		SST		内省G		物質使用障害G		ウイメンズ:ワーク orヘルス
14:30						売店 14:45~		パラレルI		個人OT
15:00	多職種 病棟会議			社会復帰期 ユニットM		回復期 ユニットM		OTパラレル 趣味		個人OT
15:30		余暇調整 委員会		Body Work		社会復帰講座 権利擁護講座		ホススポーツ		共有 ユニットM
16:00								パーソナル リラクゼーション		紅葉会
16:30										Body Work
17:00		個人OT		生活スキルG		個人OT				個人OT(調理)
17:30										
18:00										

注) パラレル=パラレルOT (作業療法), M=ミーティング, G=グループ, CBT=認知行動療法

図3 治療プログラム週間予定表(1例)

指定入院医療機関では、看護師を中心とした心理教育(疾病教育、服薬教育)、臨床心理技術者を中心とした認知行動療法およびSST(社会生活技能訓練)、作業療法士を中心とした各種の作業療法、精神保健福祉士を中心とした社会復帰講座や権利擁護講座など、多様な治療プログラムが行われている。いずれも一職種だけで運営されているわけではなく、他の職種も関わって、ほとんどが複数職種で運営されている。そのなかには、物質使用障害や内省のプログラムなどのように多職種チームが共同で連携しながら行うもの、職種の枠を超えて担当職員を固定して行うものなどもあり、各職種の関わり自体も多様になっている。

(国立精神・神経医療研究センター病院 医療観察法病棟 治療プログラム予定表より一部改変のうえ抜粋)