

## **第 1 部 医療観察制度の概要**

## 1. 医療観察法の基本事項

まず、医療観察法の基本事項を説明します。

### 正式名称

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  
(平成 15 年法律第 110 号。2003 年 7 月 16 日公布、2005 年 7 月 15 日施行)

### 所管省庁

法務省と厚生労働省の共管による

### 目的

この法律の目的は、心神喪失等の状態で重大な他害行為（他人に害を及ぼす行為）を行った者に対し、病状の改善と他害行為の再発防止を図り、社会復帰を促進することです（第 1 条）。

### 意義

この法律の意義は、重大な他害行為を行った精神障害者に対し、裁判所と法務行政、および精神医療福祉の関与を明らかにしたものであり、治療の継続と社会復帰支援の体制を制度化したことです。

### 対象

重大な他害行為<sup>a)</sup>を行ったが、心神喪失等<sup>b)</sup>と判断され、直ちに実刑とならない<sup>c)</sup>者

a) 殺人、傷害、放火、強盗、強姦性交等、強制わいせつの 6 種類（第 2 条第 1 項。傷害以外は未遂を含む）。医療観察法の対象になる行為という意味で、「対象行為」といいます。

b) 刑法第 39 条に定める「心神喪失」および「心神耗弱」のことです。

c) 不起訴となった、起訴されたが裁判で無罪判決が出た、有罪判決が出たが刑の執行が全部猶予されたパターン等があります（第 2 条第 2 項）。

該当する者（医療観察法の対象になる者という意味で、「対象者」といいます）について、検察官が地方裁判所に対して医療観察法による処遇を申し立てます。

## 2. 関連する専門職

医療観察制度において特別に設けられた、または運用手続き上必要となる専門職を紹介します。

### 1) 精神保健判定医

精神保健指定医として 5 年以上の経歴と過去 2 年間に措置診察の実績があり、「精神保健判定医等養成研修」を修了している医師等が精神保健判定医として名簿に登録されます。精神保健審判員は、精神保健判定医の中から処遇事件ごとに任命されます。鑑定医も、多くは精神保健判定医の中から指名されます。

### 2) 精神保健参与員

精神保健福祉士として 5 年以上の経歴を有しており、「精神保健参与員候補者養成研修」を修了し

ている者等が、精神保健参与員候補者として名簿に登録されます。精神保健参与員は、精神保健参与員候補者の中から処遇事件ごとに任命され、審判において精神保健福祉の視点から意見を述べます。

### 3) 社会復帰調整官

医療観察法の対象となっている期間を通じて（申立てから処遇終了まで）一貫して関与する立場にあり、対象者の社会復帰を支援します。生活環境の調査、生活環境の調整、精神保健観察、関係機関の連携確保などを担います。全国の保護観察所に配置されており、精神保健福祉士等の資格を有しています。

### 4) 付添人

医療観察法の申立てを受けた者には、必ず付添人をつけることになっており、対象者の権利擁護を図っています。付添人は弁護士の資格を有しており、処遇の審判の際には、対象者の希望に基づいた意見を述べるすることができます。

## 3. 手続きの流れの概観

図 1 に、医療観察法に基づく手続きの流れを示しました。図中の当初審判を行うまでには、1) 処遇決定の申立て、2) 医療観察法鑑定の手続きがあります。

### 1) 処遇決定の申立て

検察官は、刑事手続きを終えたうえで医療観察法の「申立ての要件」を満たした場合には、地方裁判所に対し、その処遇の要否・内容を決定することを申し立てなければなりません（第 33 条第 1 項）。「申立ての要件」とは、「対象行為」（第 2 条第 1 項）を行った者であり、その者を不起訴にした場合（第 2 条第 2 項第 1 号）、あるいは起訴したが実刑または刑の一部の執行猶予の判決とならなかった場合を指します（第 2 条第 2 項第 2 号）。

### 2) 医療観察法鑑定

医療観察法の申立てを受理した裁判所の裁判官は、入院の要否を判定するために鑑定入院を命じます（第 34 条第 1 項）。鑑定入院の期間は、2 カ月を超えないことが原則で、最大 1 カ月の延長ができます（第 34 条第 3 項）。

医療観察法における鑑定入院の目的は、対象者が精神障害者であるかどうかの判断をし、この法律による医療の必要性があるかの判断に必要な診察や検査を実施して意見を述べることです（第 37 条）。この法律による医療が必要か否かに関わる判断は、3つの評価軸によって行われています。3つの評価軸とは、①疾病性（精神医学的診断と重症度）、②治療反応性

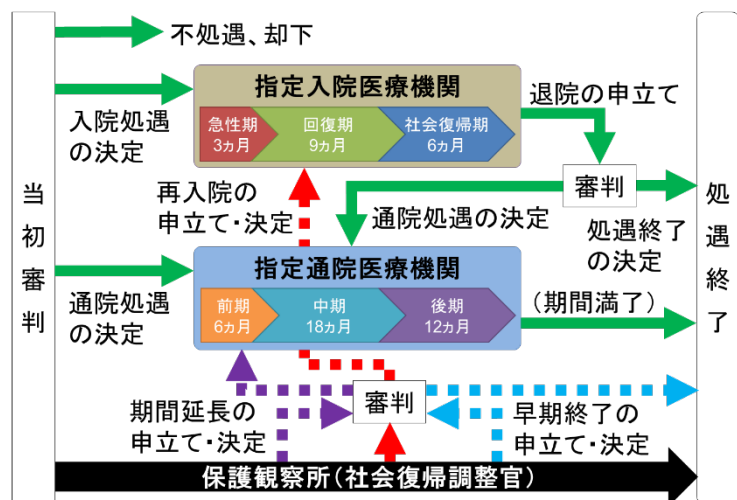


図 1 医療観察法に基づく手続きの流れ

(現在の精神医学の治療によって、精神症状が改善するか否かの可能性)、③社会復帰要因(社会復帰という目的を促進する要因、阻害する要因)になります。

### 3) 合議体による処遇の決定

地方裁判所では、1) 2) の手続きのあとに、裁判官と精神保健審判員の合議体で審判を行い、必要に応じて精神保健参与員が関与し、入院処遇、通院処遇、または不処遇を決定します(第42条第1項)。これが図1の当初審判になります。入院処遇決定の場合、対象者は指定入院医療機関で治療を受けることになります。通院処遇決定の場合、対象者は指定通院医療機関で治療を受けます。入院処遇を受けていた対象者が退院許可とともに通院処遇の決定を受けた場合も同様です。万が一、通院処遇中に病状が悪化し入院処遇による治療を要すると認められた場合、通院や社会復帰調整官との面接など遵守すべき事項に違反した場合には、再入院決定により再び指定入院医療機関で治療を受けます(第61条第1項)。通院処遇終了後は、多くの者が一般の精神科医療に移行することになります。

## 4. 医療観察法による処遇

### 1) 処遇の理念

- (1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた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

### 4-1. 指定入院医療機関における処遇

#### 1) 入院先

入院処遇の決定を受けた対象者は、医療観察法の入院医療を行う施設として国の指定を受けた「指定入院医療機関」に入院します。指定を受けることができるのは、国または都道府県(国立大学法人、独立行政法人、地方独立行政法人等を含む)が設置した病院です。指定入院医療機関は2021年4月1日現在、全国に33カ所あります(図2)。

#### 2) 処遇の期間

期間に定めはありませんが、ガイドラインでは1年半を標準としており、治療は急性期(3ヵ月)、回復期(9ヵ月)、社会復帰期(6ヵ月)の3ステージに分かれ、それぞれに目標が定められています。ステージを進めるかどうかは、目標の達成状況をみて病棟の「新病棟運営会議」で決定します。治療の

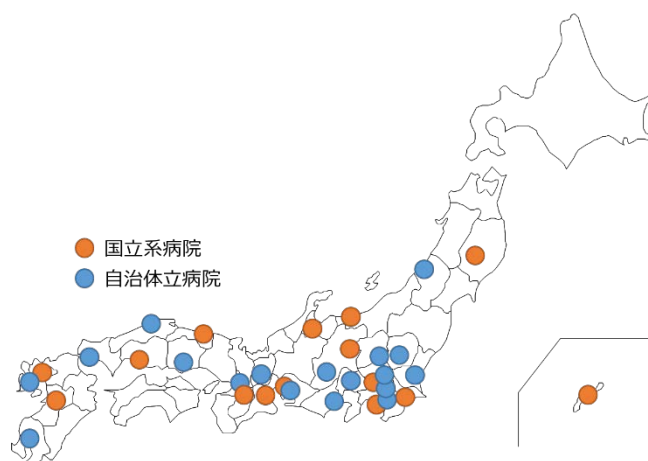


図2 指定入院医療機関の整備状況(2021年4月1日現在)

進み方に応じ、実際の処遇期間は対象者によって異なります。また、指定入院医療機関は 6 カ月ごとに裁判所に入院継続確認の申立てを行い、裁判所は対象者の状態や治療経過に基づいて決定します。

### 3) 治療の内容

標準的な薬物療法のほか、各種の心理社会的な治療プログラムが行われます。治療ステージが進むと外出や外泊を行い、社会復帰に向けて必要な能力の獲得を目指します。治療は、医師、看護師、心理士、作業療法士、精神保健福祉士と、必要に応じてその他の専門職から構成される多職種チームで進めることが徹底されています。処遇中は、対象者本人を含め、多職種チーム、社会復帰調整官、地域の関係機関の職員などが集まって方針を検討する「MDT 会議」や「CPA 会議」などを重ね、退院を目指します。これらの会議では、対象者について多様な角度からの情報収集や状態についての分析、評価を行います（アセスメント）。

治療は、多職種チームによる個別の治療計画に基づいて行われます。治療計画を作成し、薬物治療や治療プログラムを実施し、病状評価、治療評価によって治療計画を見直すことを繰り返していきます。とりわけ、クロザピンや持続性注射剤、内省プログラムやケースフォーミュレーションなどの技法を用いた治療を積極的に行っています。

また、下記の会議を設け、医療の質や地域連携を確保する組織体制となっています。

#### (1) 新病棟外部評価会議

年 2 回程度開催し、病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開を行い、その評価を受けることで病棟運営の透明性を確保するための会議です。

#### (2) 新病棟運営会議

1 ヶ月に 1 回は開催し、新病棟運営状況の報告聴取や運営方針の決定、全入院対象者共通の治療指針や緊急性評価基準の策定などを行うほか、各入院対象者についても状態や治療の進展を共有し、特に治療ステージの移行や入院継続/退院申立てについては最終決定を行います。

#### (3) 新病棟倫理会議

入院対象者の同意によらない治療行為を開始する必要性に関して、事前の協議を行う場になっています。また、同意によらない医療の継続に関する報告聴取や緊急的实施に対する事後評価も行い、対象者の権利擁護を図っています。精神医学の専門家の外部委員を招聘し、指定入院医療機関の管理者が主催します。

#### (4) 新病棟治療評価会議

治療の効果を判定するために、定期的に入院対象者の評価を行う目的で、原則として週 1 回開催されます。基本的には多職種チームで行われますが、状況に応じて、社会復帰調整官や対象者本人も参加します。

#### (5) 地域連絡会議

指定入院医療機関の状況及び医療観察法の施行状況について、関係機関、地域住民、有識者等関係者に報告し、話し合いを行う会議です。定期的に開催されています。

### 4) 退院後

病状が改善し、対象者が地域で生活する能力と環境が整うと、指定入院医療機関は裁判所に退院許可の申立てを行います。裁判所は退院が可能と判断すると、通常は対象者に引き続いて通院処遇を受けさせる決定を行いますが、3 つの評価軸に基づく医療観察法処遇の必要性を認めないなどの事情により、医療観察法の処遇を終了する決定を行う場合があります。

表 1 指定通院医療機関の指定状況  
(2021年4月1日現在)

#### 4-2. 指定通院医療機関における処遇

##### 1) 通院先

通院処遇の決定を受けた対象者は、医療観察法の通院医療を行う施設として国の指定を受けた「指定通院医療機関」に通院します。指定入院医療機関と異なり、市町村立や民間の医療機関も、また病院のみならず診療所も指定を受けることができます。指定通院医療機関は、2021年4月1日現在、全国に676カ所（病院589カ所、診療所87カ所）あります（表1）。薬局2,608カ所、訪問看護570カ所を含めると計3,854カ所となっています。

##### 2) 処遇の期間

医療観察法では3年と定められており、治療は前期（6ヵ月）、中期（18ヵ月）、後期（12ヵ月）の3期に分かれます。3年が経過すると、処遇は自動的に終了します。ただし、裁判所は保護観察所の長の申立てに基づき、処遇の早期終了を決定することができます。また逆に、最大2年の処遇延長を決定することができます。通院処遇が5年を超えて継続することはありません。

処遇中に著しい病状悪化や守るべき事項への違反があり、通院処遇による医療の継続が困難と判断した場合は、指定通院医療機関の管理者と協議した上で、保護観察所の長が再入院を申し立てます。裁判所がこれを認めると、対象者は指定入院医療機関で入院処遇を受けることとなります。

##### 3) 治療の内容

指定通院医療機関では、ガイドラインに基づく通院治療が行われます。外来診療に加えて、しばしば訪問看護や障害福祉サービスが併用されます。また、医療観察法の通院処遇中であっても精神保健福祉法の入院は可能です。

通院処遇中は、指定通院医療機関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が作成され、各職種が連携を図りながら医療を提供します。また対象者は通院治療と並行して、社会復帰調整官による精神保健観察を受けます。定期的な面会により、通院や生活の状況がモニタリングされ、必要な指導が行われます。通院処遇では、入院処遇と同様に「MDT会議」や、保護観察所が対象者と関係者を集めて支援方針を検討する「ケア会議」を開催し、社会復帰調整官のコーディネートにより、対象者の地

都道府県	医療機関小計			薬局	訪問看護	総計
	病院	診療所				
北海道	55	50	5	32	13	100
青森県	11	10	1	149	5	165
岩手県	10	9	1	14	4	28
宮城県	16	12	4	16	10	42
秋田県	7	7	0	324	3	334
山形県	10	8	2	11	3	24
福島県	13	11	2	171	6	190
茨城県	20	18	2	380	16	416
栃木県	10	10	0	9	7	26
群馬県	7	6	1	154	4	165
埼玉県	28	23	5	111	41	180
千葉県	22	21	1	94	19	135
東京都	40	25	15	47	91	178
神奈川県	31	21	10	27	30	88
新潟県	15	13	2	459	11	485
山梨県	3	3	0	3	4	10
長野県	16	15	1	47	8	71
富山県	7	7	0	10	4	21
石川県	7	5	2	8	4	19
岐阜県	10	9	1	38	5	53
静岡県	18	18	0	18	8	44
愛知県	20	19	1	15	25	60
三重県	11	11	0	3	6	20
福井県	7	7	0	42	2	51
滋賀県	11	9	2	10	8	29
京都府	9	6	3	43	15	67
大阪府	40	33	7	39	78	157
兵庫県	24	22	2	11	23	58
奈良県	5	5	0	13	8	26
和歌山県	10	8	2	8	3	21
鳥取県	5	5	0	107	1	113
島根県	9	7	2	11	3	23
岡山県	8	8	0	6	10	24
広島県	10	9	1	9	10	29
山口県	10	9	1	13	5	28
徳島県	10	7	3	4	4	18
香川県	4	4	0	7	2	13
愛媛県	11	11	0	4	4	19
高知県	11	10	1	84	6	101
福岡県	31	27	4	16	22	69
佐賀県	10	9	1	9	7	26
長崎県	9	9	0	8	9	26
熊本県	9	9	0	4	7	20
大分県	6	6	0	6	4	16
宮崎県	8	8	0	1	2	11
鹿児島県	18	17	1	4	4	26
沖縄県	14	13	1	9	6	29
合計	676	589	87	2,608	570	3,854



域生活を支え、社会復帰を促します。

#### 4) 処遇終了後

医療観察法の処遇が終了した後も、(元)対象者は通常、精神科に通院を続けます。一般の精神科医療、精神保健福祉サービスを受けながら、地域で生活します。

### 5. 医療観察法のもつ機能と課題

わが国の精神保健福祉医療施策においては、2004年に「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が策定され、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念が掲げられました。2017年2月に厚生労働省が発出した「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書」には、精神障害の有無や程度に拘らず、誰もが地域で安心して自分らしく暮らせることを目指し、医療、福祉、介護や教育などの分野の垣根を越えた包括的な支援を適切に受けられることが必要であると記載されています。精神障害者にとって、精神障害があることが生活に影響することは言うまでもありませんが、地域で生活をするときに、精神障害への医療の提供があるだけで十分とは限りません。地域で安心して生活できる社会の実現のために「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム(以下「にも包括」)の構築」を目指す必要性が示され(図3)、「にも包括」の実装に向け、取組が開始されました。

医療観察法の対象者も「にも包括」の対象です。医療観察法においては、精神障害を持ち重大な他害行為を行った人、すなわち、精神障害と社会への再統合の困難という課題を抱える人を対象としている特殊性があります。とりわけ、自傷他害の問題を持つ人や、予定した入院医療の提供期間をはるかに超えて入院を必要とする人、依存症や知的障害などの重複診断を持つ人などは、地域で安心して暮らすために、多岐にわたる生活課題に対して、包括的な支援を受けることが一層重要になります。しかしこのような特性を持つ人は、医療観察法の対象者だけではありません。そのため医療観察法で行われている治療や技法、支援の工夫などを、本法以外の精神保健医療福祉従事者や司法関係者、一般社会に伝えていく必要があります。

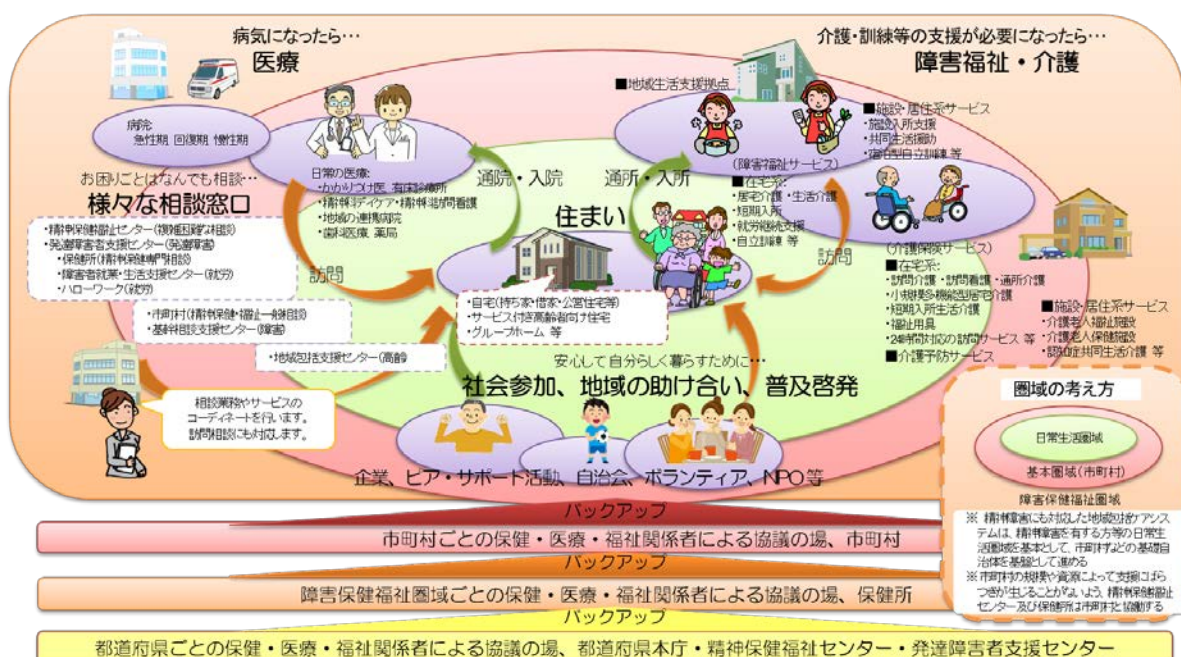


図3 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築イメージ

(出典:「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書)

他方、医療観察法は、重大な他害行為を行った人であり、精神科医療を必要とする人に対して、医療の提供開始から社会復帰までの道のりに必要な事項を制度化し、一定の標準化を図っていますが、どのようなことが行われているのかが十分知られていない現状があります。本資料では、制度化された体制を取り上げ、実際の運用状況についてアンケートに基づいた結果を紹介します（第5部）。

アンケートの項目は下記のとおりです。

#### 1) 多職種チーム (multidisciplinary team ; MDT)

ひとりの人のリハビリを目指して支援を行う際に、その人のもつ課題を1つの職種の役割を通して見極めることは困難であり、多職種で多様な観点からその人を理解する必要があります。そのため医療観察法では、多職種チームで支援を行うことが標準化されています。

#### 2) Care Program Approach (CPA) 会議

CPA 会議は、イギリスの利用者中心主義や、ケア会議によるケア計画の調整と作成、文書化されたケア計画、ケアの総括責任者の選任、定期的な見直し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 (CPA) の理念に基づいたケア会議です。多職種が有機的に連携し、対象者の意向を尊重し、同意を得ながら支援を行うため、多職種間で支援の方向性、支援の実際や評価に関わる事項を共有し、治療経過のモニタリングや支援内容の評価、計画の変更などを行っていきます。

##### ■ アセスメントの内容

対象者の多様な課題に応じるため、多様な角度からアセスメントを行います。

- 薬の効果や副作用
- 精神・身体機能
- 経済状況
- 職業や日常的な役割
- 公的及びインフォーマルな支援者
- 家族の状況
- 自傷他害のリスク
- 物質使用に関するリスク など

医療観察法医療では、「共通評価項目」を用いて、対象者の状態を体系的かつ網羅的にアセスメントできるようにしています。また、クライシスプランを用いて、対象者が遭遇してしまう様々な危機的状況や、対象者のストレスや支援者のサポートによって危機的状況を回避する対処方法を共有しています。危機的状況には、対象者が被害者になる状況も含まれ、対象者にとっての様々な生活のしにくさを把握し、解決に努めることで安定した地域生活を送れることを目指しています。

#### 3) 治療プログラム

治療プログラムは、非常に多岐にわたる内容になります。2) に記載したアセスメントを行ったうえで、対象者の状態に応じて、集団で行う場合と個別に行う場合があります。プログラムのそれぞれの特徴を考慮しながら、その時の対象者に最善の方法を対象者とともに決定して実施しています。

#### 4) 院内散歩、外出、外泊

対象者にとって散歩や外出や外泊は、事件を思い出す機会にもなるため、精神症状への影響を考慮し、慎重かつ安全に行われることが求められます。一方で、退院に向けた訓練になるため、現実の生活に即した外出等になるよう、行動の自由度や動機付けにも配慮を必要とします。

#### 5) 外部評価会議 (P. 8 参照)



- 6) 倫理会議 (P. 8 参照)
- 7) 治療評価会議 (P. 8 参照)
- 8) 地域連絡会議 (P. 8 参照)

## 参考文献

- [1] 壁屋康洋：複雑事例のプロファイリングとセグメント化に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究（研究代表者：平林直次）。平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書, pp. 30-49, 2021
- [2] 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部：医療観察法について。 <https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/mtsa/>
- [3] 厚生労働省：指定入院ガイドライン。 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000485855.pdf>
- [4] 厚生労働省：指定通院ガイドライン。 <https://www.mhlw.go.jp/content/12601000/000485857.pdf>
- [5] 厚生労働省：指定通院医療機関の指定状況。 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/iryokikan\\_sitei.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/iryokikan_sitei.html)
- [6] 三澤孝夫（監修）：『医療観察法審判ハンドブック』第 2 版（改訂版）ver.1.1。 <https://www.ncnp.go.jp/nimh/chiiki/documents/06-03.pdf>
- [7] 村杉謙次：多様で複雑な事例の個別調査及び治療・処遇に関する研究。厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））医療観察法の制度対象者の治療・支援体制の整備のための研究（研究代表者：平林直次）。平成 30 年度～令和 2 年度 総合研究報告書, pp.50-56, 2021
- [8] 日本精神神経学会：臨床医のための司法精神医学入門。新興医学出版社，東京，2013
- [9] 山内俊雄（監修）：司法精神医療（司法精神医学 5）。中山書店，東京，2006