

医療観察法審判 ハンドブック

【第2版(改訂版)Ver. 1.1】



目次

| | |
|---|----|
| I 医療観察制度 | 1 |
| 精神疾患等により責任無能力等の状態で犯罪に当たる行為をした者の審判制度に 関する海外比較（一部改編） | 2 |
| 図「我が国の司法、更生保護制度と司法精神医療制度」 | 3 |
| 1. 我が国の裁判制度の概要 | 4 |
| 2. 医療観察制度の概要 | 6 |
| 3. 医療観察制度Q & A | 9 |
| 4. 更生保護制度とは(参考) | 16 |
| II 精神保健審判員、精神保健参与員 | 17 |
| 1. 「精神保健審判員」及び「精神保健参与員」の職務について【厚生労働省 資料】 | 18 |
| 2. 精神保健審判員、鑑定医及び精神保健参与員の業務についての説明 【最高裁判所 資料】 | 20 |
| 3. 精神保健審判員及び精神保健参与員の任命等に関するQ&A【最高裁判所 資料】 | 23 |
| 4. 医療観察法審判における精神保健参与員の位置づけ | 28 |
| III 医療観察法審判の流れ、及び基礎的事項 | 31 |
| 1. 刑事裁判と医療観察法審判 | 32 |
| 2. 司法精神医療の入退院判断に司法制度が関与する意義 | 33 |
| 3. 【医療観察法 重要法文とその解釈 I】 「医療観察法の目的及び定義」と「対象行為」、「対象者」について | 36 |
| 4. 【当初審判の実際の流れ】 〔審判員、参与員の選任からカンファレンス、審判期日まで〕 | 41 |
| 5. 【退院許可(入院継続)申立審判の実際の流れ】 〔審判員、参与員の選任からカンファレンス、審判期日まで〕 | 48 |
| 6. 医療観察法審判に関わる各種用語等の解説 | 52 |
| 7. 審判(事前カンファレンス)における社会復帰調整官の役割 | 60 |
| 8. 処遇実施計画書の内容と作成方法 | 62 |
| 9. 処遇実施計画書[記載例] | 64 |
| 10. クライシスプラン(緊急時対応計画)[記載例] | 66 |
| IV 医療観察法審判の考え方 | 67 |
| 1. 【医療観察法 重要法文とその解釈 II】 「第42条 入院等の決定」 | 68 |
| 2. 【医療観察法 重要法文とその解釈 III】 「第49条 指定入院医療機関の管理者による申立て」 | 78 |
| 3. 【医療観察法 重要法文とその解釈 IV】 「第51条 退院の許可又は入院継続の確認の決定」 | 83 |
| 4. 【医療観察法 重要法文とその解釈 V】 「第56条 処遇の終了又は通院期間の延長の決定」 | 90 |
| 5. 医療観察法審判における精神保健審判員の役割 | 95 |
| 6. 医療観察法審判における精神保健参与員の役割 | 98 |

| | |
|--|------------|
| 7. 当初審判における付添人の役割 | 104 |
| 8. 入院継続申立審判、退院許可申立審判における付添人の役割 | 107 |
| 9. 医療観察法審判における責任能力、不起訴等の判断について | 109 |
| 10. 医療観察法における指定入院医療機関の限界性 | 112 |
| 11. 退院許可申立審判における評価と着眼点 | 115 |
| 12. 医療観察法審判と通院処遇 | 120 |
| 13. 医療観察法審判で「社会的入院」を評価する必要性と重要性 | 124 |
| V 医療観察法審判の考え方〔資料編〕 | 133 |
| 1. 【国会議事録(医療観察法関連)】 | |
| 国会(立法府)における医療観察法の重要事項についての立法主旨説明、解釈等 | 134 |
| 1. 医療観察法 第1条 <目的等>について | 136 |
| 2. 医療観察法 第20条 <社会復帰調整官>について | 136 |
| 3. 医療観察法 第42条 <入院等の決定>について① | 137 |
| 4. 医療観察法 第42条 <入院等の決定>について② | 138 |
| 5. 医療観察法 第42条 <入院等の決定>について③ | 139 |
| 6. 医療観察法における人格障害について | 140 |
| 7. 医療観察法における入院期間の長期化を避けるための医療観察法審判 (入院継続申立審判、退院許可申立審判等)の役割について | 141 |
| 8. 医療観察法 第49条 <指定入院医療機関の管理者による申立て> 第51条 <退院の許可又は入院継続の確認の決定>について | 142 |
| 9. 医療観察法の地域社会における処遇についての見解① | 143 |
| 10. 医療観察法の地域社会における処遇についての見解② | 145 |
| 2. 【「重要判例」とその解説】(医療観察法関連) | 147 |
| 1. 「責任能力の概念」〔大判昭和6年12月3日〕 | 147 |
| 2. 「同様の行為を行う具体的・現実的可能性－措置入院の場合の認定との相違」 〔福岡高決平成18年1月27日〕 | 149 |
| 3. 「人格障害という診断と退院許可の申立て」〔東京高決平成18年8月4日〕 | 151 |
| 4. 「医療観察法による医療の必要性」〔最二決 平成19年7月25日〕 | 156 |
| 3. 医療観察法関連Q & A【責任能力、不起訴処分、不処遇、却下、守秘義務等について】 | 162 |
| 4. 刑事責任能力関する精神鑑定書作成の手引き | 164 |
| 5. 医療観察法の審判において留意すべき事項 | 183 |
| 6. 医療観察法鑑定ガイドライン | 188 |
| 7. 医療観察法による医療の必要性について | 200 |
| VI 治療プログラム、退院調整、地域ケア会議の実際 | 203 |
| 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 | 204 |
| 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 | 204 |
| II. 指定入院医療機関における「医療観察法病棟」とは | 205 |
| 1. 医療観察法病棟の構造と医療の概要 | 205 |
| 2. 医療観察法病棟の各期(急性期、回復期、社会復帰期) | 206 |

| | |
|---|-----|
| 3.多職種チーム(MDT) | 207 |
| III.治療プログラム | 208 |
| 1.権利擁護講座 | 208 |
| 2.疾患・服薬心理教育プログラム | 208 |
| 3.物質使用障害治療プログラム | 209 |
| 4.内省プログラム | 210 |
| 5.指定入院医療機関で行われるCPA会議 | 210 |
| IV.指定入院医療機関における外出・外泊の実際 | 211 |
| 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 | 213 |
| Ⅶ (コラム)関係者が審判に思うこと、望むもの | 215 |
| 1.コラム【当初審判】社会復帰調整官として思うこと | 216 |
| 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 | 217 |
| 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 | 218 |
| 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 | 219 |
| 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 | 220 |
| 6.コラム【入院継続審判 退院許可審判】付添人の思うこと | 222 |
| 7.コラム【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 | 223 |
| 8.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 | 225 |
| Ⅷ 付録 審判内容整理ノート | 227 |
| 「(医療観察法) 審判内容整理ノート」の利用法 | 228 |
| 1.当初審判 [実務及び演習用] 審判内容整理ノートVer2.4 | 229 |
| 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 | 237 |
| 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 | 247 |
| Ⅸ 資料 心神喪失者等医療観察法《条文》 | 249 |
| 索引 | 267 |

医療観察制度



精神疾患等により責任無能力等の状態で犯罪に当たる行為をした者の審判制度に関する海外比較 (一部改編)

医療観察法関連類似制度国際比較 Ver.1.1
責任無能力等の状態で犯罪に当たった者の入院処遇に関する外国制度

※第154回国会審議過程参考資料を抜粋のうえ、一部改変

| 入院を決定する機関 | 要件 | 期間 | 終了 | 備考 |
|----------------|--|---------------------------------|---|---|
| イギリス | 1精神障害により無罪であるとの特別判決がなされたこと 2有罪判決がなされた場合であって ①2名の登録された医師による書面等による意見に基づき、対象者が精神病、精神障害等であると判断されること ②当該精神障害が、治療のために病院に収容することが適当と認められる性質又は程度のもの等であること ③その措置が最も適当であること | 上限なし | 医師等の判断(退院制限命令付与の場合は国務大臣等の判断) 或いは、精神医療審査会(Mental Health Review Tribunal)裁判官、医師、福祉専門職等経験者の三者による合議体による判断 | 裁判所による入院命令の発令には、2名の登録された医師の意見に基づいて必要 |
| アメリカ (ニューヨーク州) | 1精神病又は精神的欠陥を理由とする責任能力の喪失があったこと 2被告人が危険な精神障害を有していることと認められること | 上限なし(1回の審査ごとの収容期間は最長2年であるが、更新可) | 裁判所の判断 | 裁判所による入院命令の発令には、2名の精神科医師の診断を経ることが必要 |
| ドイツ | 1責任無能力又は限定責任能力の状態で、違法行為を行ったこと 2犯人及びその行為を全体的に評価し、犯人につき、その者の状態の故に著しい違法行為が予想されること 3その者が公共にとつて危険であることが明らかであること | 上限なし (少なくとも1年ごとの審査) | 裁判所の判断 | 裁判所による入院命令の発令には、対象者の責任能力のほか、再犯危険性に関する鑑定を経ることが必要 |
| フランス | 詳細な診断書を検査した上で、対象者の精神障害が公の秩序又は人々の安全を危険にさらしていることと認められること | 上限なし (6月ごと更新可) | 県地方長官の判断 (場合により、裁判官の判断) | 県地方長官による入院命令の発令には、が作成した詳細な診断書が検討されることが必要 |
| フィンランド | 1精神病と診断されたこと 2放置すると、深刻に悪化したり、自己又は他者の健康又は安全を極めて危険にする程度の精神疾患のため、処置を必要とすること 3他の精神保健医療が適合せず、又は十分でないこと | 上限なし (6月ごと再評価) | 医師の判断 | |
| スウェーデン | 1罰金以上の罪を犯したこと 2重大な精神障害を有すること 3精神状態及び諸事情から見て、入院を必要とすること | 上限なし (当初は4月、その後6月ごとに更新可) | 医師の判断(退院特別審査が命じられた場合は裁判官の判断) | |
| 韓国 | 1精神以上の罪に当たった行為をしたこと 2責任無能力又は限定責任能力であったこと 3再犯の危険性があること | 上限なし (2月ごとの定期報告) | 社会保護委員会(法律家7人と医師2人で構成される行政機関) | 検察官が治療処分を請求する場合は、精神科専門医による診断又は鑑定を鑑みなければならない |
| 日本 | 1心神喪失又は、心神耗弱により不起訴になった精神障害者 2殺人、放火、強盗、強姦等により、強盗の6非難に限定 3「治療反応性」「疾病性」「社会復帰要因」により判断 | 上限なし (6月ごと審判により更新) | 裁判所の判断(裁判官/精神保健審判員/精神保健参与員) | |

1. わが国の裁判制度の概要

【わが国の裁判制度】

日本国憲法では、基本的人権の尊重と国民主権の原則のもとに、三権分立制度が確立され、裁判所は、国会や内閣から完全に独立した司法権の主体となりました。さらに、裁判所には、法律等が憲法に違反しているかどうかを判断する違憲審査権が与えられました。

裁判所には、最高裁判所、高等裁判所、地方裁判所、家庭裁判所、簡易裁判所の5種類があり、役割分担がされています。事件の内容によって、簡易裁判所か地方裁判所あるいは家庭裁判所で最初の裁判（第一審）が行われます。その裁判に納得がいかないときは、上級の裁判所に不服を申し立てることができます（第二審）。その裁判に憲法の違反があるときなどには、さらに上級の裁判所に不服を申し立てることができます（第三審）。最高裁判所は、終審の裁判所ですから、その裁判は最終のものとなります。

【裁判所の審級制度】

我が国は、正しい裁判を実現するために三審制度、すなわち、第一審、第二審、第三審の三つの審級の裁判所を設けて、当事者が望めば、原則的に3回までの反復審理を受けられるという制度を採用しています。第一審の裁判所の判決に不服のある当事者は、第二審の裁判所に不服申立て（控訴）をすることができ、第二審の裁判所の判決にも不服のある当事者は、更に第三審の裁判所に不服申立て（上告）をすることができます。この審級関係において上位にある裁判所を上級裁判所、下位にある裁判所を下級裁判所と呼び、不服申立ての控訴と上告を併せて上訴といいます。

個々の裁判所は、それぞれ独立して裁判権を行使し、たとえ下級裁判所であっても上級裁判所の指揮監督を受けることはありませんが、下級裁判所の裁判に不服のある当事者から上訴があったときは、上級裁判所は、下級裁判所の裁判の当否を審査する権限を有し、当該事件に関する限り、上級裁判所の判断が下級裁判所の判断より優先し下級裁判所を拘束するのです。このような制度を審級制度と呼んでいます。

【最高裁判所】 大法廷（15人の合議制） 小法廷（5人の合議制）

高等裁判所の裁判に対してされた不服申立て（上告等）を取り扱う最上級、最終の裁判所です。

【高等裁判所】（3人の合議制）

地方裁判所、家庭裁判所、簡易裁判所の裁判に対してされた不服申立て（控訴等）を取り扱います。

【本庁8(支部6)】東京(※知的財産)、大阪、名古屋(金沢)、広島(岡山・松江)、福岡(宮崎・那覇)、仙台(秋田)、札幌、高松

【地方裁判所】(1人制または3人の合議制)

※裁判員裁判では、原則裁判官3人、裁判員6人の合議制

民事事件、刑事事件の第一審を簡易裁判所と分担して取り扱います。

【本庁 50】【支部 203】都道府県庁のある47か所のほか函館、旭川、釧路の3か所

【医療観察法審判における三審制度】

医療観察法審判では、地方裁判所で最初の審判が行われます(第一審)。その審判に納得がいかなないときは、上級の裁判所〔高等裁判所〕に抗告を申し立てることができます(第二審)。その裁判に憲法の違反があるときなどには、さらに上級の裁判所〔最高裁判所〕に再抗告を申し立てることができます(第三審)。最高裁判所は、終審の裁判所ですから、その裁判は最終のものとなります。

【裁判所職員】裁判に携わる人々

【裁判官】

裁判官に任命されるためには、まず、司法試験に合格し、司法修習生として一定期間修習することが必要です。この修習を終え、もう一度試験に合格すると初めて裁判官、検察官、弁護士になる資格を取得するのです。裁判官は、この資格のある人の中から任命されます。

【裁判所書記官】

裁判所書記官は、法廷に立ち会い、裁判の手続や証言を記録する調書を作成したり、法令や判例を調査したり、裁判手続が円滑に進行するように、弁護士、検察官、当事者と打合せをしたりします。

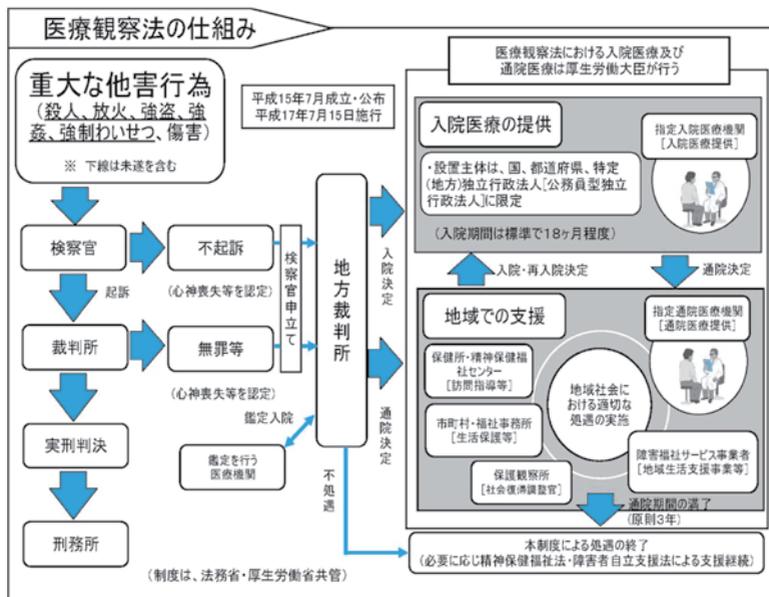
【裁判所事務官】

裁判所事務官は、裁判部や事務局に配置されます。裁判部では、裁判所書記官のもとで、各種裁判事務を担当するとともに、法廷での審理をスムーズに行うために、審理が始まる前の準備をしたり、証人尋問の手続の補助をしたりします。また、事務局では、裁判所の庶務、人事、会計などの仕事をします。

※〔最高裁ホームページより抜粋のうえ一部改変〕

2. 医療観察制度の概要

「医療観察制度」は、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態のことをいいます。）殺人、放火等の重大な他害行為を行った人の社会復帰を促進することを目的として新たに創設された処遇制度です。



平成15年に成立した「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」に基づき、心神喪失又は心神耗弱の状態（精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任を問えない状態のことをいいます。）殺人、放火等の重大な他害行為を行い、不起訴処分となるか無罪等が確定した人に対して、検察官は、医療観察法による医療及び観察を受けさせるべきかどうかを地方裁判所に申立てを行います。検察官からの申立てがなされると、鑑定を行う医療機関での入院等が行われるとともに、申立てを受けた裁判所では、裁判官と精神科医（「精神保健審判員」といいます。）それぞれ1名から成る合議体を構成し、両者がそれぞれの専門性をいかして審判を行うこととなります。

審判の過程では、合議体の精神科医とは別の精神科医による詳しい鑑定が行われるほか、必要に応じ、保護観察所による生活環境（居住地

や家族の状況、利用可能な精神保健福祉サービスなどその人を取り巻く環境をいいます。)の調査が行われます。裁判所では、この鑑定の結果を基礎とし、生活環境を考慮して、更に、必要に応じ精神保健福祉の専門家(「精神保健参与員」といいます。)の意見も聴いた上で、この制度による医療の必要性について判断することになります。また、対象となる人の権利擁護の観点から、当初審判では、必ず弁護士である付添人を付けることとし、審判においては、本人や付添人からも、資料提出や意見陳述ができることとしています。

審判の結果、医療観察法の入院による医療の決定を受けた人に対しては、厚生労働大臣が指定した医療機関(指定入院医療機関)において、手厚い専門的な医療の提供が行われるとともに、この入院期間中から、法務省所管の保護観察所に配置されている社会復帰調整官により、退院後の生活環境の調整が実施されます。また、医療観察法の通院による医療の決定(入院によらない医療を受けさせる旨の決定)を受けた人及び退院を許可された人については、保護観察所の社会復帰調整官が中心となって作成する処遇実施計画に基づいて、原則として3年間、地域において、厚生労働大臣が指定した医療機関(指定通院医療機関)による医療を受けることとなります。なお、この通院期間中においては、保護観察所が中心となって、地域処遇に携わる関係機関と連携しながら、本制度による処遇の実施が進められます。

※法務省HP http://www.moj.go.jp/hogol/soumu/hogo_hogoll.html

厚生労働省HP <http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sinsin/gaiyo.html>

それぞれのHPより抜粋のうえ、一部改変

「保護観察所」

法務省保護局では、矯正施設に収容されている人の仮釈放等に関する事務及び仮釈放になった人、保護観察付き執行猶予になった人、保護観察に付された少年等の保護観察に関する事務を行うほか、恩赦や犯罪予防活動、犯罪被害者等施策に関する事務など、このような仕事を「更生保護」と呼んでおり、直接的な仕事は、高等裁判所の管轄区域ごとに全国8か所に設置されている「地方更生保護委員会」と地方裁判所の管轄区域ごとに全国50か所に設置されている「保護観察所」で行ってい

ます。

また、これらの仕事と併せ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った精神障害者の社会復帰の促進を目的とする「医療観察制度」に基づく地域社会における処遇等に関する事務を行っています。

「社会復帰調整官」

保護観察所においては、医療観察制度による処遇に従事する専門スタッフとして、精神保健福祉士の有資格者など同法の対象となる人の社会復帰を促進するために必要な知識及び経験を有する「社会復帰調整官」が配置され、医療観察制度による処遇を実施するとともに、地域社会において関係機関相互の連携・調整役を担っています。

※法務省ホームページより抜粋

3. 医療観察制度Q & A

(1) この制度の目的は何ですか。

本制度は、最終的には対象となる人の社会復帰を促進することを目的としています。精神の障害のために善悪の区別がつかないなど、通常の刑事責任が問えない状態のうち、まったく責任を問えない場合を心神喪失、限定的な責任を問える場合を心神耗弱と呼びます。このような状態で重大な他害行為が行われることは、被害者に深刻な被害を生ずるだけでなく、その病状のために加害者となるということからも極めて不幸な事態です。そして、このような人については、必要な医療を確保して病状の改善を図り、再び不幸な事態が繰り返されないよう社会復帰を促進することが極めて重要であると言えます。

本制度ができる以前は、精神保健福祉法に基づく措置入院制度等によって対応することが通例でしたが、(1)一般の精神障害者と同様のスタッフ、施設の下では、必要となる専門的な治療が困難である、(2)退院後の継続的な医療を確保するための制度的仕組みがないなどの問題が指摘されていました。

この制度では、(1)裁判所が入院・通院などの適切な処遇を決定するとともに、国の責任において手厚い専門的な医療を統一的に行い、(2)地域において継続的な医療を確保するための仕組みを設けることなどが盛り込まれています。

(2) どのような人がこの制度の対象となるのですか

本制度は、心神喪失又は心神耗弱の状態で大害行為を行った人が対象となります。「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（軽微なものは対象とならないこともあります。）に当たる行為をいいます。

これらの重大な他害行為を行い、(1)心神喪失者又は心神耗弱者と認められて不起訴処分となった人、(2)心神喪失を理由として無罪の裁判が確定した人、(3)心神耗弱を理由として刑を減軽する旨の裁判が確定した人（実刑になる人は除きます。）について、検察官が地方裁判所に対して、この制度による処遇の可否や内容を決定するよう申し立てることによって、この制度による手続が開始されます。

これらの対象となる行為については、個人の生命、身体、財産等に重大な被害を及ぼすものであり、また、このような行為を行った人については、一般に手厚い専門的な医療の必要性が高く、仮に精神障害が改善されないまま、再び同様の行為が行われることとなれば、本人の社会復帰の大きな障害ともなります。

そこで、国の責任による手厚い専門的な医療と、退院後の継続的な医療を確保するための仕組み等によって、その円滑な社会復帰を促進することが特に必要であるとして、本制度の対象とされたものです。

（3）対象となる人の入院や通院はどのような手続で決定されるのですか。

この制度では、対象となる人の入院や通院を、地方裁判所で行われる審判で決定することとしています。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行い、不起訴や無罪になった人については、検察官から地方裁判所に、適切な処遇の決定を求める申立てがなされます。申立てを受けた裁判所では、裁判官と精神科医（「精神保健審判員」といいます。）それぞれ1名から成る合議体を構成し、両者がそれぞれの専門性をいかして審判を行うこととなります。

審判の過程では、合議体の精神科医とは別の精神科医による詳しい鑑定が行われるほか、必要に応じ、保護観察所による生活環境（居住地や家族の状況、利用可能な精神保健福祉サービスなどその人を取り巻く環境をいいます。）の調査が行われます。裁判所では、この鑑定の結果を基礎とし、生活環境を考慮して、更に、必要に応じ精神保健福祉の専門家（「精神保健参与員」といいます。）の意見も聴いた上で、この制度による医療の必要性について判断することとなります。

また、対象となる人の権利擁護の観点から、当初審判では、必ず弁護士である付添人を付けることとし、審判においては、本人や付添人からも、資料提出や意見陳述ができることとしています。

（4）指定医療機関とは何ですか。指定医療機関での医療はどのようなものなのでしょうか。

この制度における医療は、厚生労働大臣が指定する指定入院医療機関又は指定通院医療機関で行われます。これらを併せて「指定医療機関」といいます。

入院決定を受けた人について、入院による医療を提供するのが「指定入院医療機関」です。指定入院医療機関は、国、都道府県又は特定（地方）独立行政法人が開設する病院のうちから指定され、対象となる人の症状の段階に応じ、人的・物的資源を集中的に投入し、専門的で手厚い医療を提供することとしています。

入院中に、指定入院医療機関又は本人等からの申立てにより、入院による医療の必要性がないと認められたときは、裁判所により直ちに退院が許可されます。入院を継続する場合にも、少なくとも6か月に1回はその要否について裁判所が判断することとしています。

一方、退院決定又は通院決定を受けた人については「指定通院医療機関」において、必要な医療を受けることになります。指定通院医療機関は、地域バランスを考慮しつつ、一定水準の医療が提供できる病院、診療所等から指定されます。

これら指定医療機関が提供する医療については、いずれも全額国費により賄われることとされています。

（5）保護観察所はこの制度でどのような役割を担っているのですか。

精神障害者の地域ケアには、医療機関のほか、精神保健福祉センター、保健所など精神保健福祉関係の多くの機関が関わっているところですが、この制度では、対象となる人をめぐり、これら関係機関の連携が十分に確保されるよう、保護観察所が処遇のコーディネーター役を果たすこととされています。

具体的には、関係機関と協議の上、対象となる一人ひとりについて、地域社会における処遇の具体的内容を定める「処遇の実施計画」を作成したり、地域での医療や援助に携わるスタッフによる「ケア会議」を随時開催するなどして、必要な情報の共有や処遇方針の統一を図ることとしています。このほか、本人と面談したり関係機関から報告を受けるなどして、その生活状況等を見守り（「精神保健観察」といいます。）、地域において継続的な医療とケアを確保していくこととしています。

これらの業務を適切に実施するため、保護観察所には、精神保健や精神障害者福祉等の専門家である「社会復帰調整官」が配置され、本制度の処遇に従事しています。

（6）指定入院医療機関からの退院はどのようにして進められるのですか。

この制度では、指定入院医療機関に入院した人が、その地元等において円滑に社会復帰できるよう、入院当初から、退院に向けた取組を継続的に行うこととしています。

具体的には、保護観察所が、指定入院医療機関や地元の都道府県・市町村などの関係機関と連携して「生活環境の調整」を行い、退院地の選定・確保や、そこでの処遇実施体制の整備を進めることとしています。

対象となる人の社会復帰の促進のためには、退院後の医療を確保することはもとより、必要な生活支援を行うことも重要です。このため、精神保健福祉センターや保健所などの専門機関を通じ、その地域における精神保健福祉サービス等の現況も確認しつつ、具体的な援助の内容について検討することになります。

調整の過程では、退院先の社会復帰調整官が、定期的又は必要に応じて指定入院医療機関を訪問し、本人から調整に関する希望を聴取したり、指定入院医療機関のスタッフと調整方針などについて協議します。また、入院中における外泊等の機会を利用して、本人と退院後の処遇に携わる関係機関のスタッフとが面談する機会を設けるなど、地域社会における処遇への円滑な移行に配慮することとしています。

（7）地域社会における処遇はどのようにして進められるのですか。

地域社会においては、指定、院医療機関が本制度の「入院によらない医療（通院医療）」を担当し、必要となる専門的な医療を提供することとなります。

対象となる人の病状の改善と社会復帰の促進を図るためには、この必要な医療の継続を確保することが重要です。本制度では、継続的な医療を確保するため、保護観察所の社会復帰調整官が、必要な医療を受けているかどうかや本人の生活状況を見守り、必要な指導や助言を行う（「精神保健観察」といいます。）こととしています。

ところで、対象となる人の社会復帰を促進するためには、医療を確保するだけでは十分ではありません。本人がその障害と向き合いつつ社会生活を営んでいくためには、必要な精神保健福祉サービス等の援助が行われることが大切です。

これら地域社会において行われる通院医療、精神保健観察及び精神保

健福祉サービス等の援助の内容や方法を明らかにするため、保護観察所では、関係する機関と協議して、対象となる一人ひとりについて「処遇実施計画」を作成することとしています。地域社会における処遇は、この実施計画に基づいて、関係機関が相互に連携協力して進めることとしています。

（８）関係機関の連携が重要だと思いますが、この制度ではどのようにして連携を確保することとしているのでしょうか。

地域社会における処遇が円滑かつ効果的に行われるためには、これを担う指定通院医療機関、保護観察所、精神保健福祉関係の諸機関が相互に連携協力して取り組むことが極めて重要です。

本制度では、保護観察所が、指定通院医療機関や都道府県・市町村を始めとする精神保健福祉関係の諸機関と協議して、対象となる一人ひとりについて「処遇の実施計画」を作成することとしています。この実施計画では、地域社会において必要となる処遇の内容と関係機関の役割を明らかにすることとしています。

また、処遇の経過に応じ、保護観察所は、関係機関の担当者による「ケア会議」を開くこととしています。ケア会議では、各関係機関による処遇の実施状況などの必要な情報を相互に共有しつつ、処遇方針の統一を図ることとしています。

関係機関相互の連携協力が重要であるとはいっても、このような体制が一朝一夕に整うはずはありません。このため、保護観察所では、あらかじめ指定通院医療機関、都道府県・市町村など精神保健福祉関係の諸機関との間で連絡協議の場を持つなどして、必要な情報交換を行い、平素から緊密な連携が確保されるよう、努めていくこととしています。

（９）処遇の実施計画には、どのような内容が盛り込まれるのですか。

保護観察所が、指定通院医療機関や、都道府県・市町村などの精神保健福祉関係の諸機関と協議して作成する「処遇の実施計画」には、対象となる一人ひとりの病状や生活環境に応じて、必要となる医療、精神保健観察、援助の内容等が記載されます。

具体的には、例えば、医療については、治療の方針、必要とされる通院の頻度や訪問看護の予定などが、精神保健観察については、本人との

接触方法（訪問予定等）などが、援助については、利用する精神保健福祉サービスの内容や方法などが記載事項とされています。また、病状の変化等により緊急に医療が必要となった場合の対応方針や、関係機関及びその担当者の連絡先、ケア会議の開催予定なども盛り込むこととされています。

実施計画の内容については、本人への十分な説明と理解が求められますし、作成した後も処遇の経過に応じ、関係機関相互が定期的に評価し、見直しを行うことが必要です。また、本制度による処遇終了後における一般の精神医療・精神保健福祉への円滑な移行についても視野に入れてその内容を検討することも大切になります。

（10）関係機関によるケア会議は、どのようにして行われるのですか。

地域社会における処遇を進める過程では、保護観察所と指定通院医療機関、精神保健福祉関係の諸機関の各担当者による「ケア会議」を行うこととしています。

ケア会議を通じ、関係機関相互間において、処遇を実施する上で必要となる情報を共有するとともに、処遇方針の統一を図っていくこととしています。

具体的には、処遇の実施計画を作成するための協議を行うほか、その後の各関係機関による処遇の実施状況や、本人の生活状況等の必要な情報を共有し、実施計画の評価や見直しについての検討を行います。また、保護観察所が裁判所に対して行う各種申立て（本制度による処遇の終了、通院期間の延長、入院）の必要性についての検討や、病状の変化等に伴う対応などについても検討されます。

ケア会議は、保護観察所が、定期的又は必要に応じて、あるいは関係機関等からの提案を受けて開催され、関係機関の担当者のほか、場合によっては、本人やその家族等も協議に加わることがあります。

ケア会議で共有される本人に関する情報の取扱いについては、個人情報保護の観点から特段の配慮が必要となります。

（11）この制度による地域社会における処遇は、どのようにして終了するのですか。

本制度による地域社会における処遇を受けている期間（以下「通院期

間」といいます。)は、裁判所において退院決定又は通院決定を受けた日から、原則3年間となります。ただし、保護観察所又は対象者本人等からの申立てに応じ、裁判所において処遇終了決定がなされた場合には、その期間内であっても、本制度による処遇は終了することになります。

一方で、3年を経過する時点で、なお本制度による処遇が必要と認められる場合には、裁判所の決定により、通じて2年を超えない範囲で、通院期間を延長することが可能とされています。

処遇終了決定や通院期間の満了などにより、本制度に基づく地域社会における処遇が終了したとしても、引き続き一般の精神医療や精神保健福祉サービスが必要である場合が通例であると考えられます。

本制度による処遇の終了に当たっては、一般の精神医療や精神保健福祉サービス等が、必要に応じ確保されるように、本人の意向も踏まえながら、関係機関が相互に協議するなどして、十分に配慮することが大切です。

(12) この法律と精神保健福祉法の関係について教えてください。

この制度による入院決定を受けて、指定入院医療機関に入院している期間中は、精神保健福祉法の入院等に関する規定は適用されません。

一方、通院決定又は退院決定を受けて、地域社会における処遇を受けている期間中は、原則として、この法律と精神保健福祉法の双方が適用されます。地域社会における処遇の実施体制は、精神保健福祉法に基づく精神保健福祉サービスを基盤として形づくられるものとも言えます。

また、任意入院、医療保護入院、措置入院などの精神保健福祉法に基づく入院についても、地域社会における処遇の期間中は妨げられることはありませんので、これらを適切に行う必要があります。例えば、本人の病状の変化等により緊急に医療が必要となった場合などは、まず、精神保健福祉法に基づく入院を適切に行い、一定期間、病状の改善状況を確認するといった対応が考えられます。

精神保健福祉法に基づく入院の期間中も、精神保健観察は停止することなく続けられ(通院期間も進行します。)、この場合、指定通院医療機関や保護観察所は、本人が入院している医療機関と連携し、必要とされる医療の確保とその一貫性について留意することとしています。

4. 更生保護制度とは（参考）

更生保護は、犯罪をした者や非行のある少年を社会内で適切に処遇することにより、その再犯を防ぎ、非行をなくし、これらの者が改善更生することを助けることによって、社会を保護し、個人及び公共の福祉を増進することを目的とするものである。

更生保護の中心は保護観察である。保護観察とは、犯罪や非行をした人を、地域社会の中で、通常的生活を営ませながら、保護観察官と保護司（民間篤志家）が連携して、一定の期間、定められた約束ごと、すなわち遵守事項を守るよう指導監督するとともに必要な補導援護を行うことによって、その者の改善及び更生を図ろうとするものである。その対象は、保護観察処分少年、少年院仮退院者、仮釈放者、保護観察付執行猶予者及び婦人補導院仮退院者の5種類がある。

更生保護は、法務省が所管する高等裁判所の管轄区域ごとに全国8か所に設置されている「地方更生保護委員会」と地方裁判所の管轄区域ごとに全国50か所に設置されている「保護観察所」が実施している。その内容は、上記の保護観察のほか、矯正施設に収容されている人の仮釈放等及び生活環境調整、恩赦、犯罪予防活動、犯罪被害者等施策などがある。

更生保護は、保護観察所等の行政機関と地域社会の保護司を始めとする更生保護ボランティア、更生保護施設（国からの委託を受けるなどして、保護観察対象者等に一定期間、宿泊場所、金銭を提供し就職指導や生活指導を行う）、関係機関・団体、協力雇用主等の幅広いネットワークにより推進されている。

※参考文献 法務省保護局 2009「わかりやすい更生保護 更生保護便覧」

精神保健審判員
精神保健參與員



1. 「精神保健審判員」及び「精神保健参与員」の職務について 【厚生労働省 資料】

●精神保健審判員とは

精神保健判定医（※）の名簿（以下「精神保健判定医名簿」という。）の中から選任され、処遇事件ごとに精神保健審判員として任命された者をいいます。

精神保健審判員は、審判において裁判官とともに合議体を形成し、精神障害者の医療に関する学識経験に基づき意見を述べる等して、対象者の処遇を決定する（医療観察法第6条第1項、第11条第1項、第13条第2項、第41条等）こととなります。

※ 精神保健判定医とは

精神保健判定医とは、精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師であり、厚生労働大臣は、精神保健審判員として任命すべき者の選任に資するため、毎年、精神保健判定医名簿を最高裁判所に送付しなければならないこととされています（医療観察法第6条第2項）。

●鑑定医とは

本資料においては、審判において裁判所から鑑定を命じられた精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有する医師をいいます。

鑑定医は、裁判所の命令により、審判手続において対象者の精神障害の有無、対象者への本制度に基づく医療の要否を鑑定することとなります（医療観察法第37条等）。

各処遇事件ごとに行われる各地方裁判所からの命令は、皆様の中で、鑑定医になることについて内諾いただいた方に対して行われることとなっています。

●精神保健参与員とは

精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者の名簿の中から選任され、処遇事件ごとに精神保健参与員として指定された者をいいます。

厚生労働大臣は、毎年、精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者の名簿を地方裁判所に

送付しなければならないこととされています（医療観察法第15条第2項。以下、この名簿を「精神保健参与員候補者名簿」という。）。

精神保健参与員は、審判において精神保健福祉の観点から必要な意見を述べるものとされています（医療観察法第36条）。

※「平成23年6月 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課」資料【精神保健判定医（精神保健審判員や鑑定医の候補）及び精神保健参与員の候補者となることにつき内諾いただいた方へ～必要となる手続等について～】より抜粋

2.精神保健審判員、鑑定医及び精神保健参与員の業務についての説明【最高裁判所 資料】

<精神保健審判員>

○精神保健審判員が具体的にを行う職務の内容としては、事案の内容等に応じて様々なものがありうるが、典型的なものとしては、①（任命後間もない時期に）記録を検討し、裁判官と合議して鑑定命令等必要な裁判を行うこと、②鑑定書が提出された後、それを検討し、裁判官との間で必要な打合せ等を行うこと、③審判期日や（期日外の）証人尋問等に立ち会うこと、④（審理の終了後）最終的な決定の内容について裁判官と合議すること、⑤決定書を作成して記名押印すること、などが考えられる。

○心神喪失者等医療観察法に係る審判手続には種々のものがあるが、法33条1項の申立てに係る審判手続については、審判期日の開催や鑑定が原則として必要とされていることや、処遇の要否・種類のみならず対象行為の存否等についての審理が必要になる場合も多く想定されることなどから、事案の内容、難易度等によって幅もあるだろうが平均して合計6日程度の勤務が必要になるのではないと思われる。

○これに対し、法33条1項の申立て以外の審判手続では、上記のような事情がないため、勤務日数は比較的少なくて足りると見込まれ、具体的には、平均して合計3日程度になるのではないと思われる。

○精神保健審判員には、別に法律で定めるところにより手当が支給される（法6条3項）。具体的な額は未定であるが、精神保健判定医に一定の経験、実績が求められていること等を考慮した上で、裁判所職員臨時措置法3号が準用する一般職の職員の給与に関する法律22条1項に基づき、丸1日勤務した場合に3万1000円程度とすることを上限に定められることになるものと思われる。このほかに国家公務員等の旅費に関する法律に定める旅費、日当及び宿泊料が支払われることになる。

<鑑定医>

○鑑定医は、裁判所からの命令に基づき、精神障害者であるか否か及び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について、精神障害の種類、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しながら鑑定を行い、鑑定の結果により医療観察法による入院による医療の必要性に関する意見を付すことを業務とする。

○鑑定医の業務の具体的な内容については、個々具体的な処遇事件に応じ、鑑定医の判断によって必要な内容が決定されるものであり、拘束時間等について一概に回答できない。

○鑑定医に対する手当については、刑事事件の被告人に対する責任能力鑑定の場合と同様に、鑑定1件に対する手当が、裁判所側から鑑定の完了ごとに支給される。

<精神保健参与員>

○精神保健参与員が具体的に行う職務の内容としては、事案の内容等に応じて様々なものがありうるが、典型的なものとしては、①記録を検討の上、審判期日に出席すること、②（審理の終了後）最終的な決定の内容について裁判官及び精神保健審判員との評議に加わり処遇の要否及びその内容につき意見を述べること、などが考えられる。

○法33条1項の申立てに係る審判手続については、審判期日の開催が原則として必要とされていることから、平均して合計4日程度の勤務が必要になるのではないかと想定される。

○これに対し、法33条1項の申立て以外の審判手続では、審判期日の開催が必要とされていないこと等から、勤務日数は比較的少なく足りると見込まれ、具体的には、平均して合計3日程度になるのではないかとと思われる。

○精神保健参与員には、別に法律で定めるところにより手当が支給される（法15条4項、6条3項）。精神保健審判員の場合と同様に、具体的な額は未定であるが、精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者であること等を考慮した上で、裁判所職員臨時措置法3号が準用する一般職の職員の給与に関する法律22条1項に基づき、丸1日勤務をした場合に1万5000円程度とすることを上限に定められることになるものと思われる。このほかに国家公務員等の旅費に関する法律に定める旅費、日当及び宿泊料が支払われることになる。

※上記回答（手当に関する部分を除く。）は、法施行前の平成16年当時の最高裁判所による説明を転載したものであり、内容が変更になることもあり得ます。（特に勤務日数については、当時の想定であり、現状を表しているとは限らないのでご留意下さい。）

※「平成23年6月 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課」資料【精神保健判定医（精神保健審判員や鑑定医の候補）及び精神保健参与員の候補者となることにつき内諾いただいた方へ～必要となる手続等について～】（最高裁判所による説明）より抜粋

3.精神保健審判員及び精神保健参与員の任命等に関するQ&A【最高裁判所 資料】

精神保健審判員関係Q&A

Q1 地方裁判所から精神保健審判員として任命したいという連絡があったのですが、2か月ほど海外出張する予定があるので断ることは可能でしょうか。

A1 地方裁判所から精神保健審判員候補者として選任された方については、個別の処遇事件についての任命をできる限り受諾していただきたいと考えておりますが、業務等の関係でそれが困難な状況であるという事情があれば、地方裁判所においても、その点を考慮することになりますので、任命したい旨の連絡があった際に、地方裁判所の担当者とよく話し合ってください。御質問のような場合には、受諾いただけなくともやむを得ないということになるのが通常ではないかと思われます。なお、御質問にある海外出張のように受諾できない期間があらかじめはっきりしているケースでは予定が決まった時点で候補者として選任されている地方裁判所の担当部署に連絡しておいていただければ、地方裁判所においても、その情報を任命の際の参考にさせていただきます。

Q2 地方裁判所から精神保健審判員として任命したいという連絡があったのですが、医師としての業務が多忙なので断ることは可能でしょうか。

A2 医師としての業務が多忙であるという事情がある場合でも、審判期日等についてはある程度の調整は可能ですので、地方裁判所から精神保健審判員候補者として選任された方についてはできる限り都合をつけて任命を受諾していただきたいと考えています。医師としての業務が多忙であるという事情があるような場合には、任命したい旨の連絡があった際に、地方裁判所の担当者とよく話し合ってください。例えば、同じ病院に勤務する他の医師が長期間病院を不在にするため、どうしてもその間病院を離れることができないといった特段の事情がある場合には、受諾いただけなくともやむを得ないということになるのが通常ではないかと思われます。

Q3 地方裁判所から精神保健審判員として任命されたのですが、医師としての業務もあるので、審判期日を決める際に都合は聞いてもらえるのでしょうか。

A3 審判期日は裁判官が決めることとされていますが、その際には、精神保健審判員を始め、関係者の都合にも配慮することになりますので、日時に関する相談があったときに、都合を伝えるようにしてください。

Q4 こちらの都合を伝えた上で指定された審判期日に、後から仕事の予定が入ってしまったのですが、審判期日を欠席することができますか。

A4 審判期日には精神保健審判員が列席しなければならないこととされていますので、精神保健審判員が欠席したままで審判期日を開くことはできません。そこで、御質問にあるような、後から仕事の予定が入ってしまったような場合の取扱いですが、御都合をうかがった上で審判期日を指定し、それを前提として関係者が準備しているのですから、後から入った予定を優先させることは避けていただきたいところです。

しかし、例えば、急病等どうしても出席できないような事情が発生した場合には、審判期日の変更を検討することになりますので、万が一、審判期日に出席できないような事情が発生したときには、まず裁判官又は担当書記官に相談してください。

Q5 こちらの都合を伝えた上で設定された評議の日に、後から仕事の予定が入ってしまったのですが、評議を欠席することができますか。

A5 評議については、審判期日のようにあらかじめ期日を指定する手続が定められているわけではありませんが、評議には裁判官及び精神保健審判員（精神保健参与員が関与する場合には精神保健参与員も）がそれぞれ準備した上で臨む必要がありますから、あらかじめ日を決めておくことが通常と考えられます。この場合にも、当然、精神保健審判員の都合は聞かれることになりますので、日時に関す

る相談があったときに、都合を伝えるようにしてください。そして、その上で決められた評議の予定日に向けて関係者が準備をするわけですから、後から入った予定を優先させることは避けていただきたいところです。

しかし、急病等、どうしても出席できない事情が発生する場合もあり得るところであり、その場合には、評議の予定日の変更がなされることは考えられます。いずれにしても、そのような場合には、裁判官又は担当書記官に相談してください。

精神保健参与員関係 Q&A

Q6 裁判所から精神保健参与員として指定したいという連絡があったのですが、2か月ほど海外出張する予定があるので断ることは可能でしょうか。

A6 地方裁判所から精神保健参与員候補者として選任された方については、個別の処遇事件についての指定をできる限り受諾していただきたいと考えておりますが、業務等の関係でそれが困難であるという事情があれば、裁判所においても、その点を考慮することになりますので、指定したい旨の連絡があった際に、裁判所の担当書記官とよく話し合ってください。御質問のような場合には、受諾いただけなくともやむを得ないということになるのが通常ではないかと思われます。

なお、御質問にある海外出張のように受諾できない期間があらかじめはっきりしているケースでは、予定が決まった時点で候補者として選任されている地方裁判所の担当部署に連絡しておいていただければ、裁判所においても、その情報を指定の際の参考にさせていただきます。

Q7 裁判所から精神保健参与員として指定したいという連絡があったのですが、精神保健福祉士としての業務が多忙なので断ることは可能でしょうか。

A7 精神保健福祉士としての業務が多忙であるという事情がある場合でも、審判期日等についてはある程度の調整は可能ですので、地方裁判所から精神保健参与員候補者として選任された方についてはできる限り都合をつけて指定を受諾していただきたいと考えています。

精神保健福祉士としての業務が多忙であるという事情があるような場合には、指定したい旨の連絡があった際に、裁判所の担当書記官とよく話し合ってください。

例えば、同じ病院に勤務する他の精神保健福祉士が長期間病院を不在にするため、どうしてもその間病院を離れることができないといった特段の事情がある場合には、受諾いただけなくともやむを得ないということになるのが通常ではないかと思われます。

Q8 裁判所から精神保健参与員として指定されたのですが、精神保健福祉士としての業務もあるので、審判期日を決める際に都合は聞いてもらえるのでしょうか。

A8 審判期日に精神保健参与員の出席が求められるかどうかは、裁判所（すなわち裁判官と精神保健審判員の合議体）の判断によりますが、これが求められる場合には、当該精神保健参与員の都合も考慮することになりますので、日時に関する相談があったときに都合を伝えるようにしてください。

Q9 審判期日に出席を求められたので、こちらの都合を伝えた上で、審判期日が指定されました。しかし、その審判期日に後から仕事の予定が入ったのですが、欠席することができますか。

A9 精神保健参与員は、必要に応じて審判期日に出席することになりますが、精神保健審判員とは異なり、その出席がなければ審判を開けないというわけではありません。しかし、裁判所が必要があるとして出席を求めたわけですから、ほとんどの場合、その出席がないまま審判期日を開くことについては、支障が生じるでしょう。そこで、御質問にあるような後から仕事の予定が入ったような場合の取

扱いですが、御都合をうかがった上で審判期日を指定し、それを前提として関係者が準備しているのですから、後から入った予定を優先させることは避けていただきたいところです。

しかし、例えば、急病等どうしても出席できないような事情が発生した場合には、審判期日の変更を検討することになりますので、万が一、審判期日に出席できないような事情が発生したときには、まず裁判官又は担当書記官に相談してください。

Q10 こちらの都合を伝えた上で設定された評議の日に、後から仕事の予定が入ってしまったのですが、評議を欠席することができますか。

A10 精神保健参与員には、必要に応じて、評議に出席して、処遇に関する意見を述べる役割が求められるわけですから、裁判所から求められた場合には精神保健参与員にも評議に出席していただく必要があります。その場合には、当然、精神保健参与員の都合も考慮して評議の予定日が決められることとなりますので、日時に関する相談があったときに、都合を伝えるようにしてください。そして、その上で決められた評議の予定日に向けて、関係者が準備をするわけですから、後から入った予定を優先させることは避けていただきたいところです。

しかし、急病等、どうしても出席できない事情が発生する場合もあり得るところであり、その場合には、評議の予定日の変更等がなされることは考えられます。そのような場合には、裁判官又は担当書記官に相談してください。

※「平成23年6月 厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課」資料【精神保健判定医（精神保健審判員や鑑定医の候補）及び精神保健参与員の候補者となることにつき内諾いただいた方へ～必要となる手続等について～】（最高裁判所から受領した文書）より抜粋

4. 医療観察法審判における精神保健参与員の位置づけ

医療観察法審判

医療観察法は、その第一条で『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付けている。そのため、医療観察法では、医療観察法の対象者の処遇の要否及び内容を決定する審判制度に、裁判官とともに、精神医療・福祉の関係者を関わらせることとしている。

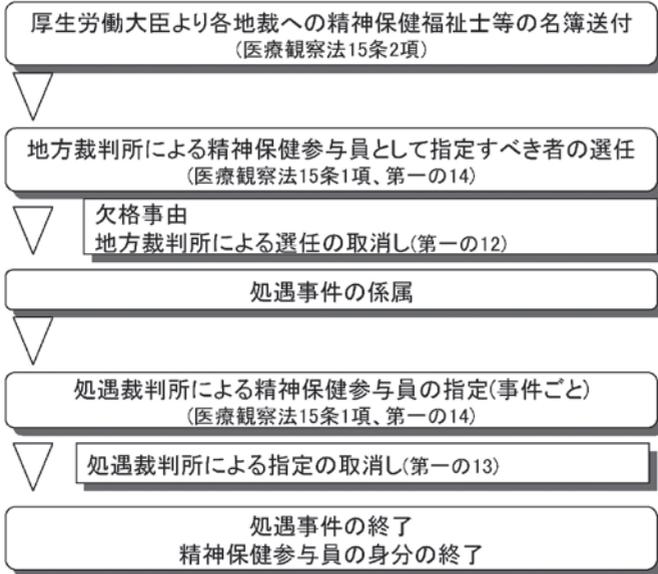
医療観察法では、重大な他害行為を行った者に対して、心神喪失や心神耗弱を理由に不起訴や裁判での執行猶予等の決定がなされると、検察官は、医療観察法の申立てを行うことになる。検察官の医療観察法の申立てを受けて、地方裁判所は、厚生労働大臣により作成される精神保健判定医の名簿の中から精神保健審判員を任命する。精神保健審判員が任命されると裁判官と精神保健審判員により合議体がつくられ、処遇事件を取り扱うことになる。精神保健参与員については、裁判所(合議体)は、処遇の要否及びその内容につき、精神保健参与員の意見を聴くために、これを審判に関与させると規定されている。「精神保健審判員」、「精神保健参与員」は、とも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。医療観察法の審判では、裁判官と精神科医師である精神保健審判員による合議体がつくられ、対象者の処遇の要否及び内容を審議していく。

精神保健参与員の位置づけ

医療観察法の審判において、精神保健参与員は、精神保健福祉分野の専門家として、福祉職の立場から、精神障害者の社会復帰について意見を言い、専門分野の知識と経験で助言等を行うことが求められている。そのため、精神保健参与員は、精神保健福祉に専門的な知識を有する者として、5年から7年程度以上の実務経験のある精神保健福祉士や長期にわたり精神保健福祉分野を専門として担当してきた保健師等の中から選任され、精神保健審判員と同様に厚生労働大臣作成の名簿に登録されたものから、裁判所(合議体)により任命されることになっている。そ

して、その知識や経験等に基づき裁判官と精神保健審判員による合議体に、適切な判断を行うための専門的知識や有益な意見を提供することとなっている。

精神保健参与員の指定手続きの流れ



精神保健参与員の審判関与について、医療観察法では『特に(精神保健参与員が)必要がないと認めるときは、この限りでない』とされており、精神保健参与員を医療観察法の審判に必ず関与させなくてはならないというわけでない。しかし、医療観察法が対象者の社会復帰を目的とした法律であるため、精神障害者の保健及び福祉の専門家である精神保健参与員の意見は、重要なものであるとされており、最高裁判所による医療観察法の解釈においても、原則として処遇事件に精神保健参与員を審判に関与させ、意見を聴くことが求められている。精神保健参与員の関与が『特に必要がないと認めるとき』とは、申立てが不適法である等、申立て自体を却下すべき場合や入院継続の確認の申立てなどで、明らかに病状・生活環境に変化がなく入院継続確認決定をすべき場合などがあげられている。

医療観察法審判の流れ 及び基礎的事項



1. 刑事裁判と医療観察法審判

犯罪がもたらす被害には、「被害者（および、遺族やその関係者）に対する被害」と「国家に対する被害」の二つがある。

例えば、加害者が他人にケガをさせたり、他人の物を盗んだりするとき、他人の権利や法律上保護される利益は侵害されている。具体的には、被害を受けた者はケガをさせられれば治療費を払わなければいけなくなるし、物が盗まれればその分の財産が減ってしまう。このような場合、被害者は、加害者に対して治療費や盗まれた品物といった経済的な損害の回復を求めて損害賠償の請求を行うことができる（民法709条）。この請求を認めるか否かを決定するのが民事裁判である。

他方、国家は、やってはいけないこと（例えば、「人を殺してはいけない」とか、「人を怪我させてはいけない」とか）を「犯罪」として法律で定めることができ、それを守らなかった加害者に、刑罰という制裁を科すことができる。加害者に対して、「国家」が、犯罪を行ったかどうかを決定し、犯罪があったと認められた場合に、刑罰をどの程度科すかを決めるのが刑事裁判である。

これに対して、医療観察法の審判は、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害を行い、心神喪失、心神耗弱により不起訴とされた者（2条3項1号）、そして、心神喪失ゆえに無罪の確定判決が出された者、あるいは、心神耗弱のため刑が減輕され自由刑の執行を免れた者（2条3項2号）を対象に、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、この法律による医療を受けさせる必要があるかどうかを決定するために行われる。医療観察法の目的は、医療提供による対象者の社会復帰にあり、社会不適合の高さを示し、社会復帰の大きな妨げになる「再び同様の行為を行う」という要件に向けた濃厚な治療をするために、医療観察法の医療は存在する。そのため、審判は、裁判官と医師である精神保健審判員とが行うこととされ（11条1項）、処遇の要否及びその内容につき意見を聴くため、精神保健参与員も審判に関与させるものとした（36条）。

2. 司法精神医療の入退院判断に司法制度が関与する意義

医療観察法は、重大な犯罪にあたる行為（触法行為）を行い、刑事司法機関によって心神喪失・心神耗弱者と認定され刑を免れた精神障害者の処遇手続を定めた、わが国初めての法律である。医療観察法施行前のわが国では、触法精神障害者の処遇は主に精神保健福祉法の措置入院で対応されてきており、ひとたび精神保健システムへ移送された触法精神障害者の処遇については、司法はまったく関与せず、措置入院の場合でも、事実上、精神科病院で治療を行う主治医の判断のみに基づいて行われていた。医療観察法の施行により、触法精神障害者の処遇に関する新たな法的枠組みができあがり、入退院の決定は地方裁判所に設置される裁判官と精神科医（精神保健審判員）によって構成される合議体によってなされることになった。このように裁判所という司法機関が、対象者の処遇に関与し続けていくことに、一般の精神科医療とは異なる司法精神医療の特殊性が存在している。

諸外国の司法精神医療をみると、入院の決定に裁判所が関与する国は多いが、退院の決定や退院後の地域処遇などにまで、裁判所が関与する国はあまり多くはない。よく引き合いに出される英国においても治療処分の決定までは裁判所が行うが、その後の処遇に関与していくのは内務省（行政）である。患者からの退院請求は、精神保健審判所（Mental Health Review Tribunal）という司法機関が取り扱うが、審判は、強制入院中の患者がみずからの強制入院の是非について、その拘束権限者（病院や内務省）と争うという対審形式で行われており、医療観察法の審判とは性格が異なっている。医療観察法による処遇を受けている対象者の処遇の節目ごとに裁判所による審判が行われ、また、審判も対象者の社会復帰を促進するためにはどのような処遇が最善かという視点で行われていることは、他の諸外国には見られない、わが国の医療観察法制度の特徴といえよう。なお、従来からわが国の精神科医療の問題点として、諸外国と比較して、精神科病床数が多いこと、長期間入院する患者が多く、その多くは社会的入院で占められていることが指摘されてきた。諸外国の司法精神医療においても、社会的入院による長期在院者の問題が指摘されてきた経緯もあり、医療観察法においても社会的入院に対する強い懸念が表明されていた。しかし、立法府における審議の過程で、

裁判所が入院継続及び退院の審判に関与することは、社会的入院を抑制するための方策でもあることが明らかにされている。

司法の関与の利点はそれだけではない。実際の臨床場面を考えてみよう。統合失調症に代表されるいわゆる「精神病」の患者では、病識が不十分なために、自ら必要な医療を拒否することもある。従来の精神保健福祉法による医療では、病識の十分でない患者にとっては、治療を行う医師・看護師は、ともすれば自分に敵対する者と捉えられがちであった。受診を勧める家族もまた、医療者と同様に敵と捉えられることもしばしばあった。そうした患者は、精神病症状による行動の異常が軽快すると、早く退院するために残存する精神症状を隠したままでも多かった。退院後の通院も不規則となりがちで、治療中断から再発・再燃し、再入院する患者も少なくなかった。医療観察法の対象者にも精神科治療歴がありながら、再発・再燃により重大な他害行為を起こした者も少なくない。

司法精神医療の入退院の判断に裁判所が関与することの意義は、審判という場を通して、対象者に自らの起こした他害行為の社会的な意味について認識を深めさせると同時に、治療者からは完全に独立した公平・中立な第三者の立場から対象者の治療の必要性に応じた処遇を検討し、その結果を対象者に伝えるということにある。こうした医療観察法審判の利点を活かすためには、審判期日が開催されることが必須である。審判期日を開催し、そこに対象者を参加させることは、裁判所の関与による効果を治療のために最大限に活用することにつながる。特に退院許可の決定を経て地域処遇に移行する対象者の場合、審判の場で地域処遇移行後の通院医療の継続や精神保健観察における処遇計画について再確認され、その遵守を促されることは、地域処遇移行後の医療の継続をより確実なものとする効果があると思われる。

また、治療者や家族に対象者の退院を決定する権限がないということは、精神保健福祉法による医療でみられた、治療者や保護者（家族）に懇願したり、時には脅したりして病状が不安定な状態で無理やり退院する事例や、一部の精神科病院でみられたような厄介払い的な退院を生じさせないということでもある。対象者の病状の改善や社会復帰後の治療継続の体制が整ったことが審判で認められないと、退院できないという構造のもとでは、対象者も治療者も「病状の改善と社会復帰」という同

一の目標に向けて治療に取り組むことが必要となる。治療者は、対象者（患者）の側に立って「（審判で治療の成果が認められるように）一緒に病気と闘う」という姿勢で治療することが可能となり、治療関係の構築に困難を要する患者についても、良好な治療者-患者関係を構築しやすくなるのである。

裁判所の関与による利点には、社会的入院を抑制する効果もあると考えられる。審判で退院が認められるためには、社会復帰後の治療継続の体制が整っていることが必要である。そのためには、社会復帰調整官や指定入院医療機関の職員は、対象者の退院が予定される地域の精神保健福祉関係者と協議したうえで、対象者に適切な治療継続のための体制を調整する必要がある。しかし、こうした調整には多大の時間や労力を要することも多く、なかには関係者の触法精神障害者に対するいわれのない偏見や不安に基づく拒否もある。こうした状況を放置しておくことは、社会復帰調整官や指定入院医療機関職員の士気に影響し、社会的入院の増加につながるおそれがある。入院継続の審判の過程で、裁判所が、社会的入院になる可能性のある事例について、社会復帰調整官や指定入院医療機関職員に対象者の退院へ向けての調整を促していくことは、社会復帰調整官や指定入院医療機関職員の関係者の士気をあげることにつながるであろう。また、裁判所から病状からいえば十分に退院可能であり、退院に向けて治療継続のための体制の調整について一層努力するようにいわれていることを、地域精神保健福祉関係者に伝えることも、調整をより円滑にすることにつながるものと思われる。

3. 医療観察法 重要法文とその解釈 Ⅰ

「医療観察法の目的及び定義」と「対象行為」、「対象者」について

1. 第1条 医療観察法の目的及び定義

第一条 （目的等）

この法律は、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いう。以下同じ。）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。

- 2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。

第一条は、本法の目的及び本法による処遇に携わる者の責務について規定するものである。第1項は、本法の目的を定めたものである。「これに伴う同様の行為の再発の防止を図り」の「これ」とは「病状の改善」を指すものであり、「同様の行為」とは「重大な他害行為」を指すものである。

第2項は、本法による処遇に携わる者の責務について定めたものである。本法が、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、継続的かつ適切な医療やこれを確保するために必要な観察等を行うことによって、本人の病状の改善と、そのような病状の改善に伴って同様の行為の再発を防止しつつ、その社会復帰を促進することを目的とするものであるので、本法による処遇に携わる者は、当然、このような本法の目的を踏まえつつ、本法による処遇の対象となる者が円滑に社会復帰をすることができるように努めるべきであることから、この点を法文上明らかにし、本制度の処遇に携わる者の自覚を促すとともにその責務を明らかにすることにある。

「この法律による処遇に携わる者」とは、指定医療機関の医師、保護観察所の社会復帰調整官等本法による処遇を実際に担当する者はもとより、処遇事件を取り扱う地方裁判所の合議体の構成員である裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員等もこれに含まれる。

2.第2条 定義(1) 「保護者」「対象行為」

第二条 (目的等)

この法律において「保護者」とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第20条第1項又は第21条の規定により保護者となる者をいう。

2 この法律において「対象行為」とは、次の各号に掲げるいずれかの行為に当たるものをいう。

- 一 刑法（明治40年法律第45号）第108条から第110条まで又は第112条に規定する行為
- 二 刑法第176条から第179条までに規定する行為
- 三 刑法第199条、第202条又は第203条に規定する行為
- 四 刑法第204条に規定する行為
- 五 刑法第236条、第238条又は第243条（第236条又は第238条に係るものに限る。）に規定する行為

第2項は、本法における「対象行為」の定義を定めたものである。

(1)本法において、「対象行為」とは、第1号から第5号までに掲げられているいずれかの行為に当たるものをいう。

第1号は、刑法第9章（放火及び失火の罪）に規定されている行為のうち対象行為となるものを定めており、同法第108条は現住建造物等放火の罪に当たる行為を、第109条は非現住建造物等放火の罪に当たる行為を、第110条は建造物等以外放火の罪に当たる行為を、第112条は現住建造物等放火及び非現住建造物等放火（自己所有に係るものを除く。）の罪の未遂罪に当たる行為を、それぞれ規定している。

第2号は、刑法第22章（わいせつ、姦淫及び重婚の罪）に規定されている行為のうち対象行為となるものを定めており、同法第176条は強制わいせつの罪に当たる行為を、第177条は強姦の罪に当たる行為を、第178条は準強制わいせつ及び準強姦の罪に当たる行為を、第179条はこれらの罪の未遂罪に当たる行為を、それぞれ規定している。

第3号は、刑法第26章（殺人の罪）に規定されている行為のうち対象行為となるものを定めており、同法第199条は殺人の罪に当たる行為を、

第202条は自殺関与及び同意殺人の罪に当たる行為を、第203条はこれらの罪の未遂罪に当たる行為を、それぞれ規定している。

第4号は、刑法第27章（傷害の罪）に規定されている行為のうち対象行為となるものを定めており、同法第204条は傷害の罪に当たる行為を規定している。

第5号は、刑法第36章（窃盗及び強盗の罪）に規定されている行為のうち対象行為となるものを定めており、同法第236条は強盗の罪に当たる行為を、第238条は事後強盗の罪に当たる行為を、第243条はこれらの罪の未遂罪に当たる行為を、それぞれ規定している。

なお、傷害致死の罪（刑法第205条）、強盗致死傷の罪（同法第240条）等のいわゆる結果的加重犯に当たる行為については本項各号に掲げられていないが、例えば、傷害致死の罪に当たる行為が行われた場合には、当然に傷害の罪に当たる行為も行われているというように、これらの結果的加重犯の行為の中には対象行為が含まれていることから、当然に本法の対象となることとなる。

また、いわゆるハイジャック（航空機の強取等の処罰に関する法律（昭和45年法律第68号）第1条）や往来を妨害する罪（刑法第11章）に当たる行為も本項各号に掲げられていないが、これらは同時に対象行為である殺人、放火、傷害、強盗等の罪に当たる行為を伴うことが少なくないと考えられ、そのような場合にはやはり本法の対象となることとなる。

(2)このように、本法において、殺人、放火、強盗、強姦・強制わいせつ及び傷害の罪に当たる行為が対象行為とされた理由は、これらの行為は、いずれも個人の生命、身体、財産等に重大な被害を及ぼすものであることに加え、他の他害行為に比べ、心神喪失者等により行われることが比較的多いことから、心神喪失状態でこれらの行為を行った者については、特に継続的かつ適切な医療の確保を図ることが肝要であると考えられたからである。

3. 第2条 定義 (2) 「対象者」

3 この法律において「対象者」とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

一 公訴を提起しない処分において、対象行為を行ったこと及び刑法第39条第1項に規定する者（以下「心神喪失者」という。）又は同条第2項に規定する者（以下「心神耗弱者」という。）であることが認められた者二 対象行為について、刑法第39条第1項の規定により無罪の確定裁判を受けた者又は同条第2項の規定により刑を減輕する旨の確定裁判（懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であって、執行すべき刑期があるものを除く。）を受けた者 【以下省略】

本項は、本法における「対象者」の定義を定めたものである。

(1)本法において、「対象者」とは、本項第1号又は第2号のいずれかに該当する者をいう。

「公訴を提起しない処分」（第1号）とは、刑事事件に関して検察官が行う終局処分の一形態であり、実務上、不起訴処分ともいう。なお、少年（20歳未満の者（少年法（昭和23年法律第168号）第2条第1項））については、検察官は、犯罪の嫌疑があると思料するときは、すべて家庭裁判所に送致しなければならないこととされており（同法第42条）、起訴・不起訴を決定することはできない。したがって、検察官が少年について公訴を提起しない処分をすることはないので、原則として、少年が本法の対象となることはない。ただし、いったん家庭裁判所に送致された少年について、刑事処分が相当であるとして家庭裁判所から検察官に送致され（同法第20条）、検察官により起訴されたものの、刑事裁判において心神喪失者又は心神耗弱者と認められて無罪等の確定裁判を受けた場合は、本法の対象者となることとなる。

「対象行為を行った」（第1号）というためには、行われた行為が、本条第2項各号に掲げる罪の構成要件に該当し、違法である必要があるが、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の社会復帰を促進するという本法の目的に照らし、責任の有無は問わないと解される。

「心神喪失者」（第1号）とは、行為当時、精神の障害により、事物の理非善悪を弁識する能力がないか、又はこの弁識に従って行動する能力がない状態であった者をいい、「心神耗弱者」（第1号）とは、行為当時、これらの能力が著しく劣っている状態であった者をいう。

対象となる確定裁判から除外される「懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であって、執行すべき刑期があるもの」（第2号）とは、その結果として被告人が実際に刑の執行を受けることとなる裁判をいう。したがって、例えば、執行猶予が付された裁判や罰金刑が言い渡された裁判は、そもそも「懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判」ではないことからこれに当たらず、対象となる確定裁判に含まれることとなる。また、執行猶予が付されないいわゆる実刑判決であっても、例えば、未決勾留日数が刑期に満つるまで算入された場合等には、執行すべき刑期がないので、「執行すべき刑期があるもの」ではないことからこれには当たらず、やはり対象となる確定裁判に含まれることとなる。

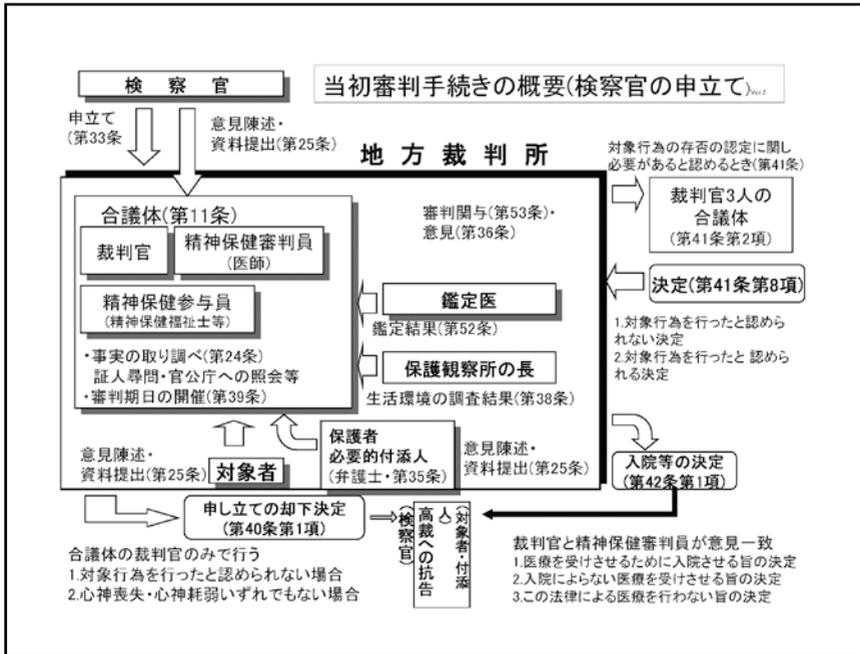
※【「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」最高裁判所事務総局刑事局（平成17年3月）】より抜粋のうえ、一部改変

4. 当初審判の実際の流れ（審判員、参与員の選任からカンファレンス、審判期日まで）

I. 【医療観察法審判の実際の流れ】

【審判員、参与員の選任からカンファレンス、審判期日まで】

医療観察法審判は、それぞれの地域の司法、精神医療、保健、福祉の状況により、カンファレンスや審判期日の持ち方、参加者等に、若干の違いがある。この章では、標準的な「当初審判」の実際の手続きや流れについて紹介していく。



1. 精神保健審判員、精神保健参与員が選任されるまで

検察官より当初審判^{※1}の申立てがなされ、地方裁判所が受理すると、地方裁判所は、厚生労働省が作成した精神保健審判員及び精神保健参与員の候補者名簿をもとに選考し、裁判官や書記官（多くの場合、担当書記官）から、精神保健審判員候補者ならびに精神保健参与員候補者に電話などで連絡が行われる。この書記官からの電話で、引き受け等の意思確認が行われる。この電話連絡において、書記官より事件概要の一部について情報が受け取れることはあるが、受任前であるため、大まかな対

象行為などの情報で受任の判断をせまられることが多い。また、この連絡時にカンファレンス（審判期日前・事後の準備会議）※²や審判期日※³の候補日程について打診や調整も行われることも多い。

精神保健審判員、精神保健参与員が受任を承諾し、カンファレンスや審判期日等の開催日程の調整が済むと、「一件記録」※⁴が地方裁判所より精神保健審判員、精神保健参与員に渡される（地方裁判所によっては、最初のカンファレンス開催日まで、渡されない場合もある）。精神保健審判員、精神保健参与員は、この一件記録を、まずは精読し、カンファレンスに望むことになる。

参照：「医療観察法審判に関わる各種用語等の解説」

※1→1.【当初審判（検察官申立審判）とは】

※2→4.【医療観察法審判におけるカンファレンスとは】

※3→5.【医療観察法審判における審判期日とは】

※4→①『一件記録』とは

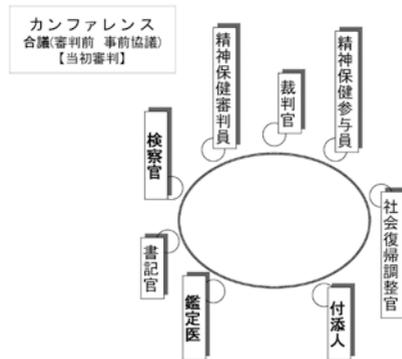
2.カンファレンスの実施状況

地方裁判所で開かれる当初審判では、ほとんどの場合、「カンファレンス」とよばれる「審判期日前後の事前協議」が行われている。当初審判における「カンファレンス」の開催方法については、地域ごとに違いはあるが、審判期日前に行われることが多い。また、カンファレンスでは、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員の3名の他に、検察官、付添人、社会復帰調整官※⁵などが、ほぼ参加しており、鑑定医が参加することも多くなってきている。「カンファレンス」の開催回数についても、その地域性により、当初審判中に「カンファレンス」を複数回（概ね2回程度）開催する方式を標準とする地域と、「カンファレンス」を1回のみ開催する方式を標準とする地域に、大きく分かれているようである。ただ、それ以外にも、実際の事件の状況、審判の環境等が考慮され決められることが多いようである。《統計資料参照》

このハンドブックでは、厚生労働省の委託研修「司法精神医療等人材養成研修会〔精神保健審判員、精神保健参与員養成研修〕」で採用されている「カンファレンス」を複数回（概ね2回程度）開催する方式を基準として、説明していく。ただ、カンファレンスを1回のみ行う形式

の審判においても、協議方法や内容は、基本的に大きく変わらない。そのため、カンファレンスを1回のみ行う形式の審判の場合には、以下に紹介する「第1回目のカンファレンス」と「第2回目のカンファレンス」を、この順番で、1回で行うイメージで捉えてもらえれば結構である。

※5→参照:「審判(事前カンファレンス)における社会復帰調整官の役割」



当初審判の期間内においてカンファレンスが、複数回開催される場合 第1回目のカンファレンス〔30～60分程度〕

当初審判期間内においてカンファレンスが、複数回開催される場合、概ね、第1回目のカンファレンスは、裁判所から精神保健審判員、精神保健参与員の打診を受けてから1～3週後くらいまでに行われることが多い。カンファレンスが2回行われる場合、第1回目のカンファレンスは、精神保健審判員と精神保健参与員にとって、他の関係者（裁判官、検察官、付添人、社会復帰調整官、鑑定医など）との顔合わせと、一件記録の内容を吟味し、検察官などから事実関係を聞くなどして、対象行為についての詳細な理解を深める場となっている。一件記録等の資料が事前に渡されていない地域では、この時点で、一件記録の読み合わせなどを行うこともある。

通常、初回のカンファレンスにおいては、出席している鑑定医や社会復帰調整官から、現在、鑑定入院している対象者や地域の状況など、直近の情報を聞くことが出来る場合が多い。また、検察官からは、取り調べ時の状況や警察から聞いた情報、付添人からは、現状での家族の状

況、家族の対象者への援助等の意向などが聞くことも出来る。また、これらの情報をもとにして、初回カンファレンス時に、責任能力に関する話し合いが行われることも多い。

このようなカンファレンスにより、対象行為の状況など事件概要の情報を審判関係者全体で共有化し、課題や問題点の整理などが行われていく。そして、これらの対象行為の状況や事件概要の情報をもとにして、精神保健審判員や精神保健参与員は、裁判所を通して、鑑定医の鑑定、保護観察所の調査について、意見を伝え、慎重に調べてほしい項目などを要望する場となっている〔当初審判中に「カンファレンス」を1回のみ行う形式の審判においては、この部分が省略された形で行われる。或いは、精神保健審判員、精神保健参与員が事前に「一件記録」を読み、必要があれば、要望を電話などで裁判所に伝え、裁判所から鑑定医、社会復帰調整官に連絡する方式など、様々な形で行われている〕。

第1回目の「カンファレンス」の時間は、平均30～60分程度の短い時間であるため、精神保健審判員及び精神保健参与員は、事前に一件記録などの資料が渡されている場合には、「カンファレンス」前に必ず読んでおき、疑問点などを整理しておくことが大切である。

第2回目のカンファレンス〔60分程度※希に90～120分となる場合もある〕

第2回目のカンファレンスは、裁判所から精神保健審判員、精神保健参与員の打診を受けてから1ヶ月から1ヶ月半程度経過した頃（対象者が鑑定入院から1ヶ月以上経過し、鑑定書（案）^{※6}や生活環境調査結果報告書^{※7}などが作成された頃）に開かれることが多い。第2回目のカンファレンスでは、鑑定医の作成した鑑定書と社会復帰調整官の作成した生活環境調査結果報告書をもとに、話し合いが行われることになる。鑑定医が参加している場合、まずは、鑑定医より対象者の鑑定時の状況や鑑定書についての説明が行われ、社会復帰調整官より生活環境調査結果報告書の説明がなされる。その都度、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員などから、質問がなされ、協議が行われていく。カンファレンスは、自由な協議の場として設定されている場合が多いため、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員以外にも、検察官、付添人から質問がある場合もあり、鑑定医が社会復帰調整官の調査内容に質問し、社会復帰調整官が鑑定医に鑑定内容を問い合わせるなども、同時に行われるこ

とが多い。

こうしたカンファレンスにおいて精神保健審判員は、治療反応性や疾病性などについて、医学的な観点から判断を述べる 경우가多く、精神保健参与員は、疾病性と社会復帰要因を鑑みて、地域生活は可能か、医療の継続性は保たれるかなど、社会福祉的観点から意見を述べるが多い。

また、当初審判では、まず、対象行為は、精神症状によるものであったのか、治療反応性は、あるのかなどの議論がなされる場合が多い。そして、対象行為が、精神症状によるものであり、治療反応性についても問題がない場合には、すぐに医療観察法で入院治療をしていく議論となりやすい。しかし、当初審判においても、病状が純粹に入院治療を必要とするような状態なのか（「保安処分」や「社会的入院」の決定となっていないか）医療観察法による通院医療の可能性について、地域の社会資源、関係者の支援体制が可能なのではないかなどを十分考慮しながら慎重に判断していくことが必要である。

参照：「医療観察法審判に関わる各種用語等の解説」

※6→③『医療観察法鑑定書』とは

※7→②『生活環境調査結果報告書』とは

※鑑定医等が出席していない場合など

カンファレンスにおいて鑑定医が出席していないことも多い。また、鑑定医ほどではないが、社会復帰調整官が出席していない場合もある。医療観察法審判は、基本的には、医療観察法での「鑑定書」、「生活環境調査結果報告書」を基礎として行われることになっているため、カンファレンスに、鑑定医等が必ず出席していなければならないわけではない。そのため、これらの書面のみで、判断できるケースについては、これらの書面及びその後の審判期日により審判決定を行っていく。

ただ、「鑑定書」、「生活環境調査結果報告書」等について、どうしても鑑定医、社会復帰調整官への問合せ等が必要な場合、精神保健審判員、精神保健参与員は、次回カンファレンスの開催と出席依頼(場合によっては、電話での参加)、書面による問合せなどについて、裁判所に提案していく。

カンファレンスにおける次回「審判期日」についての打合せ

「審判期日」直前のカンファレンスにおいて、審判期日における証言者等出席者の選定や審判期日時における質問等の役割分担などを事前に話し合うことが多い。「審判期日」において、対象者、家族、援助者に意向等確認の上、最終的な判断を行う必要がある場合、また、対象者、家族、援助者への確認事項がある場合には、裁判所（裁判官）に、要望を伝えておく。特に、対象者や家族以外が「審判期日」の参加することは、少ないため、福祉事務所・保健所職員の証言が必要な場合には、「審判期日」前の「カンファレンス」で、裁判所（裁判官）に事前に伝えて、検討してもらう必要がある。

◆「審判期日」前の「カンファレンス」では、

「審判期日」当日の以下の①～③については、事前に検討しておく

①質問内容や質問者

※「審判期日」の裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員の質問傾向
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〕
精神保健参与員→福祉的なこと〔通院医療の可能性、地域・家族等の援助体制〕

②意向確認後の判断等

例) 家族と関係機関が援助する意向を確認し、「通院処遇」決定を行う

③「審判期日」時の進行に関すること

例) ①「審判期日」当日の最後に直接対象者へ申し渡す／②「審判期日」後に合議体で協議し、決定は、後日郵送するなど



3. 「審判期日」の実施状況

「当初審判」の場合には、「審判期日」は、開かれなければならないとされているため、当初審判においては、まず開かれる。「当初審判」は、通常、地方裁判所の刑事裁判で使用している同じ法廷で行われることが多いが、地方裁判所によっては、丸テーブルなどを用いた法廷の設備があり、そこで行われる場合もある。また、当初審判の場合、対象者の病状によっては、鑑定医療機関で行われる場合もある。

一般の刑事法廷で行われる場合、裁判官、精神保健審判員は、刑事裁判で裁判官が座る壇上に着座する場合が多い。精神保健参与員は、法廷の大きさにより、同じ壇上に座る場合と壇上の裁判官席と被告席の中間の位置にある書記官席に座る場合などある。近年、裁判員裁判により、壇上に9人座ることが出来る壇上の広い法廷などが増えたため、精神保健参与員も壇上に座ることが多くなってきている。また、検察官は、刑事法廷を使用している場合、壇上に向かって左側の検察官席、付添人は、壇上に向かって右側の弁護士席に座る形となる。対象者は、刑事法廷を使用している場合は、被告席に座っている。社会復帰調整官は、傍聴席に座る場合が多いが、必ずしも決まっておらず、地域によっては、検察官の隣の席や、付添人の隣の席に座っている場合もある。また、鑑定医は、通常「審判期日」には、参加していない。「審判期日」は、原則、非公開のため、ほとんどの場合、傍聴席に家族以外の人はいないが、被害者は出席が認められるため、被害者が傍聴席にいる場合がある。

「審判期日」の審判が始まると、まず、裁判官が対象者に氏名、生年月日、住所等を聞き、その後、検察官より事件概要や医療観察法申立ての経緯、付添人から意見などが話されていく。その後、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員が、それぞれ対象者に質問し、また、家族、関係者等の意見を聞く形で、「審判期日」は、進行していく。審判決定の内容は、「審判期日」に、その場で対象者に言い渡されることもある。

しかし、「審判期日」直後に、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員をみの短い「カンファレンス」を別の部屋で開き、最終的な確認を行う場合も多くあるため、審判決定の内容は、地方裁判所より後日、書面にて郵送され、対象者に伝えられる場合が多い。

5.退院許可（入院継続）申立審判の実際の流れ

〔審判員、参与員の選任からカンファレンス、審判期日まで〕

【医療観察法審判の実際の流れ】

〔審判員、参与員の選任からカンファレンス、審判期日まで〕

医療観察法審判は、それぞれの地域の司法、精神医療、保健、福祉の状況により、カンファレンスや審判期日の持ち方、参加者等に、若干の違いがある。この章では、標準的な「退院許可申立審判（含む「入院継続申立審判）」^{*8}の実際の手続きや流れについて紹介していく。

1.精神保健審判員、精神保健参与員が選任されるまで

指定入院医療機関は、対象者が医療観察法病棟を退院できるまでに病状が回復した、あるいは、退院のための諸条件や環境等が整い、再び同様の行為を行う可能性が低くなったと判断した場合には、地方裁判所に退院申立てを行うこととなっている（法四十九条第一項または第二項）。指定入院医療機関から、保護観察所長の意見書をあわせて、退院許可申立てが申請されると、地方裁判所は、合議体を作り、退院申立てについての審判を行うことになる。また、入院している対象者、その保護者、付添人からも退院の許可や法律に基づく医療の終了を申立てることができる（法第五十条）。

指定入院医療機関より退院許可申立てがなされると、地方裁判所は候補者名の記載されている名簿を元に、精神保健審判員候補者ならびに精神保健参与員候補者に連絡を行う。また、「当初審判」当時に合議体に参加していた精神保健審判員や精神保健参与員に、改めて依頼する場合もある。退院許可申立審判についても、裁判所からの依頼方法は、当初審判とほぼ同じで、この連絡時の当該事件の情報提供は、対象行為名や事件概要の一部であり、審判期日やカンファレンス（審判期日前・事後の準備会議）の候補日程の調整が連絡の中心となる。入院継続申立審判では、審判期日やカンファレンスが開催されることは少ないが、入院が非常に長期化している場合、治療反応性に疑義がある場合、疾病性が改善しているのに、社会復帰要因のみで入院継続が申し立てられている恐れがある場合など、審判期日やカンファレンスなどが開催されることが多くなっている。

精神保健審判員及び精神保健参与員が依頼を受諾すると、その後、

裁判所から退院許可申立審判（入院継続申立審判）に関する資料として、指定入院医療機関が作成した「退院許可（入院継続）申立書」と「退院前基礎（入院継続）情報管理シート」※9、保護観察所が作成した「意見書」※10が渡される。また、「処遇実施計画書（案）」※11、クライシスプラン（緊急時対応計画）※12などや、過去の入院継続審判での決定書などが一緒に送られてくる場合も多い。

参照：「医療観察法審判に関わる各種用語等の解説」

- ※ 8→2. 【退院許可申立審判とは】、3. 【入院継続申立審判とは】
- ※ 9→①『入院継続情報管理シート』、『退院前基礎情報管理シート』とは
- ※ 10→②『意見書』とは
- ※ 11→③『（地域）処遇実施計画書（案）』とは
「処遇実施計画書の内容と作成方法」
「処遇実施計画書 [記入例]」
- ※ 12→④『クライシスプラン（緊急時対応計画）』とは
「クライシスプラン [記載例]」

2.カンファレンスの実施状況（審判期日前に開催される場合）

医療観察法では、当初審判と違い、入院継続申立審判や退院許可申立審判での審判期日の開催は義務づけられていない。しかし最近の傾向として、審判期日と審判期日の事前・事後の協議（カンファレンス）が行われている場合が増えている。「カンファレンス」の開催回数や時間については、「当初審判」よりばらつきが大きく、1回、60分の場合が比較的多いが、必要に応じて2～3回行われ、また、60分を超えることも希ではない。

退院許可申立審判でカンファレンスが行われる場合、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員の他に、担当保護観察所の社会復帰調整官※12が参加することは多い。しかし、検察官は、「退院許可申立審判（含む入院継続申立審判）」には、ほぼ参加していない。付添人についても、「当初審判」とは違い、必ず選任されているわけではないため、「退院許可申立審判（含む入院継続申立審判）」には、参加していないことが多い。

また、「当初審判」における鑑定医の代わりとして、入院継続申立審判や退院許可申立審判でカンファレンスでは、指定入院医療機関の多職

種チームに参加を依頼することがある。これらのカンファレンスでは、当初審判のように鑑定医がいないため、対象者の病状や指定入院医療機関での治療状況、退院調整など※13について、申立文書や資料以上の詳しい事情を聞く必要がある場合や指定入院医療機関と保護観察所の意見に相違がある場合など、指定入院医療機関の多職種チームに出席を求め意見を聞くことがある。

「入院継続申立審判」のカンファレンスにおいては、「入院継続申立書」、「入院継続情報管理シート」などをもとにして、指定入院医療機関で入院を継続しなければならない疾病性があるのか、通院処遇で治療が可能なのかなどについて、協議が行われる。また、「退院許可申立審判」のカンファレンスにおいては、「退院許可申立書」、「退院前基礎情報管理シート」、保護観察所が作成した「意見書」などとともに、退院後の地域でのケア計画である「処遇実施計画書（案）」、クライシスプラン（緊急時対応計画）などの評価が重要となる。

※12→参照：「審判（事前カンファレンス）における社会復帰調整官の役割」

※13→参照：「指定入院医療機関における医療と退院支援」

3. 審判期日の実施状況

「退院許可申立審判（含む入院継続申立審判）」の場合には、「当初審判」の「審判期日」と違い必ずしも「審判期日」を開かれなければならない規程がないため、「カンファレンス」のみで「審判期日」が行われないことも多い。「審判期日」が行われる場合には、「当初審判」の「審判期日」と同じように地方裁判所の刑事法廷で行われることが多い。また、「退院許可申立審判（含む入院継続申立審判）」の場合、対象者の病状によっては、指定入院医療機関で行われる場合もある。

地方裁判所の刑事法廷で行われる場合、「当初審判」の「審判期日」と同様に、裁判官、精神保健審判員は、刑事裁判で裁判官が座る壇上に着座する機会が多い。精神保健参与員は、法廷の大きさにより、同じ壇上に座る場合と壇上の裁判官席と被告席の中間の位置にある書記官席に座る場合などがある。近年、裁判員裁判により、壇上に9人座ることが出来る壇上の広い法廷などが増えたため、精神保健参与員も壇上に座ることが多くなってきていることも「当初審判」の「審判期日」と同様で

ある。しかし、「退院許可申立審判（含む入院継続申立審判）」の場合には、検察官、付添人は、前述のように関わっていることが少ないため、ほとんど出席することはない。社会復帰調整官については、通常、出席していることが多い。また、「審判期日」は、原則、非公開のため、ほとんどの場合、傍聴席に家族以外の人はいないことも、「当初審判」の「審判期日」と同様である。

審判は短いもので30分、長いもので60分程度の時間をかけて行われることが多い。「審判期日」の審判が始まると、まず、裁判官が対象者に氏名、生年月日、住所等を聞くことも、「当初審判」と同様である。しかし、その後、検察官や付添人が出席していないことが多いため、ほとんどの場合、すぐに、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員が、それぞれ対象者に質問し、また、家族、関係者等の意見を聞く形で、「審判期日」は、進行していく。質問の内容※14は、退院後の居住地や利用予定の社会復帰施設の確認、地域生活のイメージや希望（現実的計画性）の確認、処遇実施計画案に対する認識とその履行（具体的実行性）の確認、対象行為への内省、再他害行為の予防のために必要なスキルの確認などが多い。審判決定の内容は、「審判期日」に、その場で対象者に言い渡されることもある。しかし、「審判期日」直後に、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員のための短い「カンファレンス」を別の部屋で開き、最終的な確認を行う場合も多くあるため、審判決定の内容は、地方裁判所より後日、書面にて郵送され、対象者に伝えられることが多い。

※14参照：【p201】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

参照：「指定入院医療機関における医療と退院支援」

6. 医療観察法審判に関わる各種用語等の解説

I. 医療観察法における各種審判とカンファレンス、審判期日

1. 【医療観察法における当初審判（検察官申立審判）とは】

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検察官がしたとき、又は、対象行為について、心神喪失者若しくは心神耗弱者であるため、確定裁判で自由刑を科せられなかった場合（無罪や執行猶予等）には、検察官は、医療観察法の申立てを行うことになっている（医療観察法33条）。対象者に対して、最初に行われる医療観察法の審判申立てによる地方裁判所での審判と一連の審判手続き等を「当初審判（検察官申立審判）」という。

2. 【医療観察法における退院許可申立審判とは】

医療観察法49条では、指定入院医療機関の管理者は、入院している者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認めることができなくなった場合は、保護観察所の長の意見を付して、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならないとされている。※（50条：入院対象者、その保護者又は付添人も、退院の許可の申立てを行うことが出来る）このような医療観察法の審判申立てによる地方裁判所での審判と一連の審判手続き等を「退院許可申立審判」という。退院許可申立審判は、通常、指定入院医療機関の所在地域の都道府県を管轄する地方裁判所で行われている。

3. 【医療観察法における入院継続申立審判とは】

医療観察法49条では、指定入院医療機関の管理者は、入院している者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認める場合は、入院決定あるいは、最後の入院継続決定から6ヶ月が経過する日までに、保護観察所の長の意見を付して、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申

立てをしなければならない。このような医療観察法の審判申立てによる地方裁判所での審判と一連の審判手続き等を「入院継続申立審判」という。入院継続申立審判は、通常、指定入院医療機関の所在地域の都道府県を管轄する地方裁判所で行われている。

4. 【医療観察法審判におけるカンファレンスとは】

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

5. 【医療観察法審判における審判期日とは】

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

「審判期日」（医療観察法第31条）

- 1 審判のため必要があると認めるときは、審判期日を開くことができる。

※「審判期日の開催」医療観察法第39条

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

- 2 審判期日における審判の指揮は、裁判官が行う。

※審判期日において証人尋問や対象者本人に対する質問等が行われる場合、これらの者は裁判官の指揮に従う義務がある。なお、裁判官が

証人や対象者本人に発問できることは当然であるが、審判期日に列席した精神保健審判員や精神保健参与員も、裁判官の指揮に従い、対象者や証人に対して発問することができる。

- 3 審判期日における審判は、公開しない。

「審判期日の参加者」（医療観察法第31条）

- 4 審判期日における審判においては、精神障害者の精神障害の状態に応じ、必要な配慮をしなければならない。
- 5 裁判所は、検察官、指定医療機関（病院又は診療所に限る。）の管理者又はその指定する医師及び保護観察所の長又はその指定する社会復帰調整官に対し、審判期日に出席することを求めることができる。
- 6 保護者（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十一条の規定により保護者となる市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。）については、その指定する職員を含む。）及び付添人は、審判期日に出席することができる。
- 7 審判期日には、対象者を呼び出し、又はその出頭を命じなければならない。
- 8 対象者が審判期日に出席しないときは、審判を行うことができない。ただし、対象者が心身の障害のため、若しくは正当な理由がなく審判期日に出席しない場合、又は許可を受けないで退席し、若しくは秩序維持のために退席を命ぜられた場合において、付添人が出席しているときは、この限りでない。
- 9 審判期日は、裁判所外においても開くことができる。
※対象者が鑑定入院中の場合は、鑑定医療機関で行うこと、指定入院医療機関で治療中である場合は、指定入院医療機関で行うことを想定した規程である。

Ⅱ. 「当初審判、入院継続申立て審判における医療観察法審判関連の文書資料」

1. 当初審判における医療観察法審判関連資料

① 『一件記録』とは

「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。精神保健審判員、精神保健参与員が受任を承諾し、カンファレンス等の開催日程の調整が済むと、「一件記録」が地方裁判所より精神保健審判員、精神保健参与員に渡される（地方裁判所によっては、最初のカンファレンス開催時に、渡される場合もある）。

「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、警察官調書、上申書、弁解録取書、検察官調書、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）、精神鑑定書等が綴られている。事件によっては、就学中の成績表や指導要録等が含まれる場合もある。このような多くの資料を綴っているため「一件記録」は、少なくとも数十ページ、場合によっては数百ページからなる膨大な量の文書資料となっている。

医療観察法の当初審判では、まず、事件の概要を知るために、最初に「一件記録」の中の捜査報告書や供述調書から事件内容を把握していく。供述調書などについては、供述者の立場により供述のニュアンスや内容が微妙に異なる場合があるため、事件概要全体の構成をよく把握し、供述者の立場を考慮しながら、総合的に読み進めていく必要がある。また、簡易精神鑑定書、刑事精神鑑定書など鑑定書などから、対象者の病状の状況を把握していく。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。このような「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点のポイントが鮮明になってくることが多く、精神保健審判員や精神保健参与員においては、時間をかけて十分に読みこなすことが必要となる。

また、「一件記録」は、資料の性質上、対象者の個人情報や被害者、目撃者の個人情報も含まれていることから、その保管には、鍵のかかる場所を選ぶなど、その保管には十分に留意する必要がある。そして、カ

ンファレンスの最終日、あるいは、審判期日の当日など、「一件記録」の使用の必要がなくなったときには、速やかに裁判所に返却していく。

②『生活環境調査結果報告書』とは

当初審判の場合は、対象者の鑑定入院が1ヶ月を経過した頃に、事件地の保護観察所により作成された『生活環境調査結果報告書』が、追加資料として裁判所より送付される。あるいは、カンファレンス（事前協議）の場合などで配布される。『生活環境調査結果報告書』は、対象者の家族状況、家族歴、生活歴などから経済状況や退院予定地域の状況など、その調査項目は以下のように多岐にわたっている。

【生活環境調査結果報告書の調査項目】-法務省 地域処遇ガイドラインより抜粋-

- ・居住地の状況 経済状況（収入、経済的自立度、健康保険の状況等）
- ・家族の状況、家族の協力の意思の有無・程度（家族機能の状態）
- ・地域の状況、地域住民等からの協力の可能性の有無・程度
- ・本件に至るまでの生活状況、過去の治療状況等
- ・想定される指定通院医療機関の状況
- ・利用可能な精神保健福祉サービス等の現況
- ・地域社会における処遇を実施する上で、特に留意すべきと考えられる事項

『生活環境調査報告書』は、保護観察所の社会復帰調整官により作成された報告書である。保護観察所の社会復帰調整官は、そのほとんどが、以前に精神科医療機関や精神障害者社会復帰施設で勤務していた精神保健福祉士であるため、『生活環境調査結果報告書』は、普段、精神保健福祉士や保健師等が作成しているケース記録等の記載内容に近い。そして、その項目も、対象者の生活や経済状況に関するもの、生育歴や家族環境、地域の状況に関するものなどであり、また、専門用語なども福祉制度や施設、社会保障関係のものが多いため、同様の職種基盤を持つ精神保健参与員が、理解しやすい資料となっている。

『生活環境調査報告書』は、対象者の総合的な生活状況、指定通院医療機関や社会復帰施設なども含めた地域の全体的な状況、制度・施設利用による社会復帰の可能性など、対象者の現状を理解していくうえで、非常に重要な資料となっている。

③『医療観察法鑑定書』とは

『生活環境調査結果報告書』と同時期か少し遅れて、鑑定医が作成する『医療観察法鑑定書』が裁判所より送付される。『医療観察法鑑定書』には、病名や治療歴、医療的な視点からの生活歴などが記載されており、対象者の病状や精神症状、治療状況、合併障害等を理解する重要な資料である。『医療観察法鑑定書』には、共通評価項目（17項目）が記載されている。共通評価項目（17項目）には、「精神医学的要素」として「精神病症状」「非精神病性症状」「自殺企図」など、「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」などが記載されており、対象者の疾病などについて、その要素ごとに理解を深めることが出来る。

また、『生活環境調査結果報告書』の同種の項目（生活歴など二つの資料において、重複して扱っている項目）を比較して、相互に矛盾点がある場合などは、精神保健審判員、精神保健参与員は、カンファレンスに鑑定医や社会復帰調整官が出席していれば直接、参加してなければ、裁判所を通し、問い合わせを依頼するなどして、正確な事実関係を把握しておく。

医療観察法の鑑定は、対象者の医療観察法における医療必要性を鑑定することになっている。そのため『医療観察法鑑定書』は、その最終ページに、“疾病性”、“治療反応性”、“社会復帰要因”の三つの評価、そして、結論として『医療観察法における指定入院医療機関での医療必要性の判断』『医療観察法における指定通院医療機関での医療必要性の判断』『医療観察法における医療必要性の無しの判断』等が記載されている。

2. 入院継続申立て審判、退院申立て審判における医療観察法審判関連資料

①『入院継続情報管理シート』、『退院前基礎情報管理シート』とは

入院継続申立ての審判や退院申立ての審判の場合には、指定入院医療機関から出される『入院継続申立て書』や『退院申立て書』に、『入院継続情報管理シート』や『退院前基礎情報管理シート』が添付されており、これが当初審判での『医療観察法鑑定書』と同様の役割を果たすことになる。入院中の対象者本人による退院申立ての審判の場合でも、『入院継続情報管理シート』や病状についての診断書等が指定入院医療機関より提出されることになっている。このような情報管理シートは、

指定入院医療機関の主治医をはじめとする多職種チームにより作成され、対象者の入院後の病状や治療状況、共通評価項目、社会復帰計画等などが、多様な視点から評価されている。

②『意見書』とは

保護観察所の社会復帰調整官から提出される『意見書』は、『生活環境調査結果報告書』ほど、くわしい記載はなく指定入院医療機関の申立てに対する意見に留まっている場合が多い。そのため、この意見書を指定入院医療機関からの資料からだけでは、退院後の対象者の処遇状況やケア計画がわかりにくい場合がある。このような場合、裁判所を通して、対象者の地域での『処遇実施計画書』（案）の提出を保護観察所に依頼してみることが、退院後の対象者の地域での処遇を理解するうえで有効である。

③『(地域) 処遇実施計画書 (案)』とは

医療観察法では、保護観察所の長に（地域）処遇の実施計画の作成が義務づけられている（第104条）。対象者への退院後の医療、精神保健観察及び援助は、この実施計画に基づいて行われなければならない（第105条）とされており、（地域）処遇の実施計画は、退院後の地域処遇の基礎となる重要なケア計画となっている。保護観察所の長は、対象者の指定入院医療機関退院直後に、対象者の処遇についての地域ケア計画を記載した『処遇実施計画書』を公文書として交付することになっている。

退院申立て時の審判では、退院予定地の保護観察所の『意見書』に『処遇実施計画書』が添付される場合もあるが、医療観察法の審判において、特に保護観察所に提出が義務付けられている書類ではない。しかし、入院中より退院予定地保護観察所の社会復帰調整官が、指定入院医療機関の精神保健福祉士をはじめとする担当多職種チームと退院調整を進めており、退院申立ての時期には、ほぼ作成されているか、少なくともその概要は出来ていることが多い。そのため、審判に必要ということで、裁判所より依頼されれば、退院予定地の保護観察所から提出される可能性は高い。

『処遇実施計画書』の記載内容は、対象者の退院後の1.「医療」における指定通院医療機関、医療方針や通院及び訪問診療等の頻度、指示事

項など。2. 「（福祉制度等）援助」の内容や方法。3. 「ケア会議」や「精神保健観察」での目的、接触の方法（訪問、出頭及びその頻度等）、指導事項など、多岐にわたっており、退院後の地域での対象者処遇が記載されている詳細なケア計画書となっている。

④『クライシスプラン(緊急時対応計画)』とは

『処遇実施計画書』では、病状急変時等緊急時の対応、個別に対象者の病状悪化の誘因、前駆症状、それに対する対象者自身、その家族、多職種チームの対処の仕方等等、詳細な援助計画の作成が予定されている。『処遇実施計画書』内に記載されている場合と、「別紙クライシスプランのとおり」とされ、別紙に記載されている場合がある。

内容的には、精神症状及び状態悪化のレベルごと、①一般対応レベル、②緊急受診レベル、③入院必要レベルなどのように3～5段階の表形式で区分され、それぞれについて、「病状悪化の注意サイン」、「対象者の対応」、「関係者（援助者等）の対応」、「連絡先一覧」などが記載されている。

クライシスプランでは、「病状悪化の注意サイン」、「対象者の対応」などについて、指定入院医療機関の多職種チームが対象者ととともに、対象者の対象行為や病気、医療観察制度の理解度などを考慮しながら作成していく。そして、社会復帰調整官は、指定入院医療機関で「病状悪化の注意サイン」、「対象者の対応」などが記載されたものに、CPA会議などで、関係機関が協議してきた援助内容を「関係者（援助者等）の対応」として記載して、処遇実施計画書の別紙としてまとめ、完成させることが多い。〔参照 記載例「クライシスプラン」〕。

7. 審判（事前カンファレンス）における社会復帰調整官の役割

審判（事前カンファレンス）

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き等に関する規則（以下「審判の手続き法」とする。）40条 審判期日（法31条）の準備のための措置として関係人を出席させて打合わせを行うことが定められている。通常、当初審判では審判期日前に2回開催されることが多い。第1回目は、手続きの迅速円滑な進行を目指して、争点の整理、審判期日の指定等や鑑定書及び生活環境調査報告書に対する合議体からの鑑定、調査内容への要望等が出される場面である。第2回目は、鑑定書及び生活環境調査報告書が提出され、合議体に事前に配布された後に開催される。鑑定書や生活環境調査内容の確認や審判の進行や対象者、保護者の出席に際する留意事項や処遇の決定に関する意見等が話し合われることが多い。ただし、この審判前の事前打ち合わせ（カンファレンスとも言う）は合議体によって変わり、その回数、時期、内容等は定型的なものとは定まっていない。あくまでも合議体の判断により、必要に応じて行なわれている。

社会復帰調整官の役割 当初審判

事件地裁判所から生活環境調査の嘱託を受け、生活環境調査事件として保護観察所に係属され、実質的な社会復帰調整官の業務が開始される。したがって、ここでの社会復帰調整官は、治療反応性、疾病性、社会復帰要因の3要素を十分踏まえながら、調査を遂行することになる。とりわけ、社会復帰要因の阻害、促進因子のあり様によっては、その後の処遇決定に影響を及ぼすことから、カンファレンスでの合議体からの指示内容や要望等には十分留意する必要がある。

退院許可申立審判や処遇の終了申立審判、再入院申立審判等におけるこれらの審判では、医療観察法の継続要否を協議する性格上、より社会復帰調整官の生活環境調整事件や精神保健観察事件での評価が重要視される傾向がある。また、裁判所から「処遇実施計画書（含：クライシスプラン）」案の提出を求められることも多くなっている。退院許可申立てにおいては、入院治療から通院医療への移行に伴う地域処遇全体の枠が問われ、危機介入のタイミングや本人や保護者の責任能力の回復が

より重視される。さらに、一定の安定した地域処遇を経過し、具体的・現実的な他害行為の可能性が低減した対象者には処遇の終了申立てによる早期かつ適切な終了の動きが社会復帰調整官には求められる。一方、危機介入をしても法59条に該当する事態に対しては速やかな再入院申立てを検討し、カンファレンス及び審判期日に、その経過や地域処遇の実際を述べる役割がある。

8. 処遇実施計画書の内容と作成方法

1. 処遇実施計画書とは

処遇実施計画書は、対象者の処遇に対する目標や希望を尊重し、医療を提供する指定通院医療機関、地域にて生活支援及び援助を行う行政機関及び福祉サービス提供者等と協議し、対象者の承認を得て作成される。通院処遇は、処遇実施計画書を基に行われることとなる。(心神喪失者等医療観察法104条及び105条)

2. 処遇実施計画書の内容

処遇実施計画書には、対象者及び家族の連絡先、対象者の処遇の目標及び希望、ケア会議の頻度及び開催場所等が明記され、対象者の安定した医療の継続を支える通院医療、精神保健観察及び援助について、担当者や関与の内容、連絡先、緊急時の対応等が盛り込まれる。(図1 処遇実施計画書例参照)

3. 処遇実施計画書の作成時期と方法

[指定入院医療機関から退院し通院へ移行の場合]

指定入院医療機関におけるCPA会議等(指定入院医療機関で開催される退院支援/地域調整のためのケア会議 ※「CPA会議」参照)の中で、処遇実施計画書の叩き台となる対象者の退院後の目標や希望を確認し、対象者に必要と考えられる医療(通院の頻度やデイケアなどのリハビリテーションの必要性)、クライシスプラン(図2クライシスプラン例参照)及び地域におけるサポート体制について、検討される。具体的に帰住する地域が確定し、指定通院医療機関及び地域の関係機関の協力を仰ぐ段階で、保護観察所はケア会議を開催し、CPA会議等において検討された処遇内容について、改めて実際に医療及び援助を行う指定通院医療機関及び地域関係機関の意向を取り入れ、対象者及び家族も含むケア会議参加者の承認を得て、処遇実施計画書(案)を作成する。「処遇実施計画書(案)」は、退院後速やかに処遇実施計画書を作成できるようにあらかじめ入院中に作成される当該計画の案のことである。

4. 審判における処遇実施計画書の活用

退院許可の申立審判において、「処遇実施計画書（含:クライシスプラン）」案を使用すると具体的な地域で生活する対象者の処遇を理解するのに有効である。

処遇実施計画書（案）は、保護観察所の意見書と併せて提出されることもあるが、提出する義務があるわけではない。そのため、処遇実施計画書（案）が提出されていない場合には、裁判所を介して保護観察所に処遇実施計画書（案）の提出を依頼することを、合議体として検討してみる。処遇実施計画書（案）が作成されていない場合も考えられるが、おおむねの処遇方針ができていない時期であれば、それに準じたものが提出されてくる可能性は高い。

9. 処遇実施計画書【記載例】

様式第〇号（法第104条、令第11条第7号、規則第20条関係）

個人情報が記載されています。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 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | 生 年 日 | 昭和40年〇〇月〇〇日生 |
| 氏 名 | 〇〇 〇〇 | 男 | | | |
| 住 所 | 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1-2 〇〇荘102 | | | 電話番号 | |
| | | | | 携帯番号 | 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 |
| | | | | 携帯番号 | 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 |
| 緊急連絡先 | 同上 | | | 電話番号 | |
| | | | | 携帯番号 | |
| 通院医療開始日(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 | | | | | |
| いずれはコンビニエンスストアなどで働いてみたい。そのためにも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に)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、原則として毎月月初旬に1回開催(開催時に次回日程を確定する)。 | | 開催場所 | 〇〇病院会議室 | |
| 検討事項 | ① 指定通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なかかわりについて(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おうよう、連絡をとっていく。 | | | | |
| 連携方法 | 毎月月末に、保護観察所に書面で各機関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 | | | | | |
| ① 通院医療 | 目 標 | (6か月で中期通院医療へ移行) ○通院医療従事者との信頼関係の構築 ○病気についての理解を深める ○定期的なデイケアの参加 | | | |
| | 内 容 | 機関名・所在地 | 担当者 | 回数 | 実施方法等 |
| | 通院医療 | 〇〇病院 〇〇県〇〇市××町1-1-1 | ○医師 | 週1 | 外来受診(毎週水曜日 午後〇時予定)。 |
| | 心理相談 | | ○臨床心理技術者 | 月2 | 第1 第3火曜日午前。 |
| | 訪問看護 | | ○看護師 ○精神保健福祉士 | 週1 | 金曜日に自宅訪問。他の機関のスタッフと一緒に行くこともある。 |
| デイケア | ○作業療法士 | | 週2 | 月曜参加(1日)。様子をみて、週2~3回参加を予定。 | |
| 留意事項 | (到達レベルの目安)○外来通院や服薬など必要な医療を利用できる。○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頃から1回1時間、4回位病気に関する学習の機会を予定している。そのほか、OPSW(援助欄記載)との面接は診察後を予定。 | | | | |

| | | | | | | |
|--|-----------------------------|--|--|----------------------------|----|----|
| ② 精神保健観察 | 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ヶ月目からは保護観察所での面接も検討する。 | | | |
| | | 報告 | 毎月1回、関係機関からの報告（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、連絡も行っていく。 | | | | |
| 社会復帰調整官 | ○ ○ ○ ○ | | | | | |
| ③ 援助 | 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提案することもある） | | | | |
| | 機関名 | 担当者 | 内容 | 方法 | 回数 | 備考 |
| | 〇〇病院（指定通院医療機関） | 〇精神保健福祉士 | 日常生活・医療全般に関する相談 | 通院時、受診後に面接。訪問看護に同行することもある。 | 週1 | |
| | 機関名 | 担当者 | 内容 | 方法 | 回数 | 備考 |
| | 〇△保健所 〇〇市××町1-1-1 | 〇保健師 | 全般的な状況把握・精神保健福祉サービスに関する相談等 | 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 | 訪問援助窓口での相談 | 随時 | |
| | 〇〇地域生活支援センター 〇〇市××町1-1-1 | ◇精神保健福祉士 | 日常生活に関する相談 | ドロップイン、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。訪問でなく、本人が定期的に支援機関を訪問する形で相談も考えていく。 | | | | |
| | (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) | | | | | | |

○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 ○ ○ ○

10. クライスプラン（緊急時対応計画）【記載例】

クライスプラン【緊急時対応計画】

| レベル | 病状悪化のサイン | | 対処方法 (本人・家族等) | 相談・連絡先 | 関係者(援助者・支援者)の対応 |
|-----|--|--|---|--|--|
| | 自分がかかる | 関係者が気がつく | | | |
| I | <ul style="list-style-type: none"> 疲労感が強くなる 息苦しい 不安感が強くなる 視聴力が弱くなる 如聴、意味が聞き取りにくい声が「ザワザワ」という感じで頻りに聞こえてくる 集中力がなくなり、読書できなくなる | <ul style="list-style-type: none"> 朝起きられなくなる ぼんやりすることが多くなる デイケアなどの運送が遅くなる 約束の時間に遅れることが多い | <ul style="list-style-type: none"> 音楽を聴く 散歩をする 活動と休息のバランス確認を行う 定期薬を受診する 定期的な受診時に主治医に必ず話す 関係者に相談する | 家族 Tel ○○病院 外来 Tel 夜間外来 Tel デイケア Tel | <ul style="list-style-type: none"> 情報を関係者で共有する 定期的な訪問で、精神的に相談等に兼るとともに、必要があれば、訪問回数を増やす 保護観察所が臨時に各関係機関に連絡を取り、ケア計画の修正(訪問、通院回数、対応方法等)を提案する |
| II | <ul style="list-style-type: none"> 不安感が強くなり、視線をひどく気にする 日頃している外出が困難になる 「そわそわ」している外出が困難になる 不眠などから、屋敷のリスメンが湧れる 如聴、あまり聞かなくなってきた声が良い聞こえる、女性の声で、考えを話すようなことを言う | <ul style="list-style-type: none"> 日頃している外出が困難になる 服薬の時間や回数の乱れる サンングラスをつけることが多くなる セルフモニタリング表で、不眠や朝起きられなくなることが四日以上続く | <ul style="list-style-type: none"> 聴能薬を飲む 無理せず家族や関係者に相談して休養する 保護観察所・保健所に相談し、受診する 指定通院医療機関に受診・相談する | ○○保護観察所 Tel ○△保健所 Tel ○○地域生活支援センター○○ Tel | <ul style="list-style-type: none"> 情報を関係者で共有する 必要があれば、緊急で訪問する 状況に応じて受診の同行を検討する 外来受診時に医師や病院スタッフに相談すること支援 |
| III | <ul style="list-style-type: none"> 受診したくなくなる イライラがひどくなり、ものに当たる 家族や関係者と話していても落ち着かず、話が繋がらない 如聴、男性の声が混じり、命令口調で指図する | <ul style="list-style-type: none"> 過去の友人関係についての悪癖が多くなる 受診できない サンングラスをほとんどつけて生きている 会話中も、独笑が頻りにしている セルフモニタリング表の記載が事実と異なっている、あるいは、記入されていない | <ul style="list-style-type: none"> 保護所・関係機関・保護観察所に相談する 速やかに指定通院医療機関に連絡し、受診する 早めに任意入院して休養する 関係者と相談し、入院を検討する | ○○市障害福祉課 Tel 訪問看護ステーション○○Tel ○○県精神保健福祉センター | <ul style="list-style-type: none"> 受診に同行する等して必要な医療の確保に努める 通院回数や訪問看護の回数、処方内容を調整する 外来受診時に医師や病院スタッフに相談することを支援する 早めの任意入院をすすめる 医療保護入院を検討する |
| IV | <ul style="list-style-type: none"> 自宅にどこにも(強い)妄想がある 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) 如聴、亡くなった父親の声などで、「死んでしまえ」となど大音響で命令する | <ul style="list-style-type: none"> 自宅から出られない 受診できない 過去の友人や重界からの死者在復讐に来るなどと言う 重界から関係者に指令が来ている からなど理由を挙げ、関係者の助言が受け入れられない | <ul style="list-style-type: none"> 保護所・関係機関・保護観察所に相談する 速やかに指定通院医療機関に受診・相談する 指示に従う 関係者・指定通院医療機関の求めに応じて、とりあえず入院する | ○○市障害福祉課 Tel 訪問看護ステーション○○Tel ○○県精神保健福祉センター | <ul style="list-style-type: none"> 受診に同行する等して必要な医療の確保に努める 通院回数や訪問看護の回数、処方内容を調整する 外来受診時に医師や病院スタッフに相談することを支援 早めの任意入院をすすめる 主治医の意見を確認し、医療保護入院、措置入院を検討していく |

©NIPPON

医療観察法審判の考え方

IV

1. 医療観察法 重要法文とその解釈Ⅱ 「第42条 入院等の決定」

1. 「第42条 入院等の決定」

第42条

裁判所は、第33条第1項の申立てがあった場合は、第37条第1項に規定する鑑定を基礎とし、かつ、同条第3項に規定する意見及び対象者の生活環境を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

- 一 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、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定
 - 二 前号の場合を除き、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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合入院によらない医療を受けさせる旨の決定
 - 三 前3号の場合に当たらないときこの法律による医療を行わない旨の決定
- 2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。

※「第33条の申立て」→検察官による申立て

※「第37条の鑑定」→対象者の(医療観察法)鑑定

本条は、対象者に対する処遇の要否及び内容等に関する裁判所の決定の要件及び内容について規定するものである。

第1項

本項は、処遇の要否及び内容に関する裁判所の決定の種類及びその要件について定めたものである。

(1)処遇の要否及び内容に関する裁判所の決定には、

- ①医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定(以下「入院決定」という。)
- ②入院によらない医療を受けさせる旨の決定(以下「通院決定」と

いう。)

③この法律による医療を行わない旨の決定の3つがある。

(2)本法による処遇の要件については、衆議院において、政府原案の「継続的な医療を行わなければ心神喪失又は心神耗弱の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合」から、「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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合」に修正されたものである。

このような修正の趣旨は、政府原案に対しては、入院決定等を受けた者に対していわば危険人物とのレッテルを貼るような結果となり、そのためにかえって本人の円滑な社会復帰が妨げられることとはならないか、円滑な社会復帰を妨げることとなる現実的かつ具体的なおそれがあると認められる者のみならず、漠然とした危険性のようなものが感じられるにすぎない者まで本法による処遇の対象とされるのではないか、特定の具体的な犯罪行為やそれが行われる時期の予測といった不可能な予測を強いるものではないかとの問題があるとの批判がなされていたことから、このような批判を踏まえ、

- ①**本人の精神障害を改善するための医療の必要性が中心的な要件であることを明確にする**とともに
- ②**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**ことにあると考えられる。

【本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとする】 -平成14年11月27日の衆議院法務委員会-

※本法による処遇の要件の修正の趣旨について、修正案の提案者の1人である塩崎恭久衆議院議員は、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において、次のように述べている。

「第1は、本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとするについてです。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とともに、仮に医療の必要性が認められる者で

あっても、そのすべてを本制度による処遇の対象とするのではなく、その中でも、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な者だけが対象となることを明確にするため、政府案の関連する規定を修正するものです。」

※また、同じく修正案の提案者の1人である漆原良夫衆議院議員は、平成15年5月8日の参議院法務委員会において、次のように答弁している。

「・・・今回の修正案の最も重要な点の1つは、政府案の心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合という要件を、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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合に修正したということにあります。

政府案のこの要件につきましては、衆議院における審議等を通じて3点、問題点が指摘されました。

第1点は、入院等の決定を受けた者に対して、言わば危険人物とのレッテルを張るような結果となって、そのためにかえって本人の円滑な社会復帰が妨げられることにならないか。第2点として、円滑な社会復帰を妨げることとなる現実的かつ具体的なおそれがあると認められる者だけではなく、漠然としたそういう危険性のようなものが感じられるにすぎない者にまで本制度による処遇の対象となるのではないか。3番目、特定の具体的な犯罪行為や、それが行われる時期との、時期の予測といった不可能な予測を強いることになるんじゃないか。

この3点、指摘されたところではありますが、そこで、このような批判を踏まえて修正案によって、本人の精神障害を改善するための医療の必要性が中心的な要件であることを明確にするとともに、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制度による処遇の対象となることを明確にすると。そうすることによって入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとするというためにこのような修正を行った次第でございます。」

(3)裁判所が入院決定又は通院決定をするためには、対象者について、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要がある」と認められることが必要である。

「対象行為を行った際の精神障害」とは、本法の対象者は対象行為を行った当時心神喪失又は心神耗弱の状態にあったものであるが（第2条第3項）、こ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をいい、「精神障害を改善し」の「改善」には、病状の増悪を抑制することも含まれ、「これに伴って同様の行為を行うことなく」の「同様の行為」

とは、第1条第1項の「同様の行為」と同じ意味であり、重大な他害行為、すなわち第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいう。

2. 対象者の処遇の要件

このような本法による処遇の要件については、文理上、

- ア. 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること
- イ. 精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められること

の2つに分けることが可能であり、この両者が認められる場合に入院決定又は通院決定がなされることとなる。

アの要件は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否及び内容を決定する時点において、

- ① 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おり、かつ、
- ② そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、その精神障害が治療可能性のあるものであることを内容とするものである。

※仮に、対象者が、決定の時点において、「対象行為を行った際の心神喪失等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」と認められる場合には、本法により実施される医療は、個々の対象者の精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために必要なものである（第81条第1項）、そのような医療は、通常、その精神障害を改善するために必要なものと考えられるが、例外的に、その精神障害が治療可能性のないものである場合には、本法による医療は、その精神障害を改善するために必要なものとは認められないこととなる。

「精神障害が治療可能性のあるものであること」とは、裁判所が処遇の要否及び内容を決定する時点で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、そのような精神障害の改善（病状の増悪の抑制を含む。）という効果が見込まれることをいう。

イの要件は、具体的には、裁判所が当該対象者に対する処遇の要否及び内容を決定する時点において、当該対象者について、

- ③ 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具体的・現実的な可能性があることを内容とするものである。

【本制度による処遇の対象となる者は、対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認められる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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な者だけが対象となることを明記する】-平成15年5月8日の衆議院法務委員会-

「その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」の有無を判断し、これが認められる場合でなければならぬことについて、修正案の提案者の1人である漆原良夫議員は、平成15年5月8日の参議院法務委員会において、次のように答弁している。

「修正前の政府案の要件は、先ほど申し述べたとおり、心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合というものでありまして、その中には医療の必要性とか対象者の社会復帰といった観点が明記されておりません。先ほどお答えしたような、様々な批判がなされたところであります。

これに対して、修正案の要件は、本制度による処遇の対象となる者は、対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認められる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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な者だけが対象となることを明記する、明確にすることによりまして、本制度の目的に即した限定的なものとしたものであります。政府案に対する様々な批判を踏まえて、その問題を解消するため政府案の要件を修正したわけですが、したがって、例えば政府案に対しては、単に漠然とした危険性のようなものが感じられるにすぎない、そういう場合でも本制度による処遇の対象となるのではないかとの批判がありましたが、修正案では、このような場合であっても対象行為を行った際と同様の症状が再発する具体的、現実的な可能性もないような場合には、その精神障害のために再び同様の行為を行う可

能性はないので、本制度による処遇は行われまいということが明白となっているのであります。」

「合議体を構成する裁判官と医師である精神保健審判員は、共同して個々の対象者について対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があると認められるか否かを判断することになるわけですが、具体的には、例えば対象者が有する精神障害が治療可能性のないものである場合や、あるいは対象行為を行った際と同様の症状が再発する具体的、現実的な可能性がない場合には、その精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要であるわけでもなく、また、その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であるわけでもありませんので、入院や通院の決定は行われまいということになります。

このように、この法律による処遇の要否、内容の決定に当たっては、個々の対象者についてその精神障害の医療の可能性、必要性やその精神障害のために社会復帰の障害となる同様の行為を行う具体的、現実的な可能性の有無を判断する必要があります…」

3. 「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」について

「同様の行為を行う具体的現実的な可能性」における「同様の行為」とは、前述したとおり、重大な他害行為、すなわち第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいい、同項各号に掲げるいずれかの重大な他害行為を行う具体的・現実的な可能性が認められるのであれば、仮にそれが申立ての基礎となった対象行為とは別の罪名に該当するものであっても差し支えない。また、裁判所がこのような「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」があるか否かを判断するに当たっては、当該対象者の精神障害の類型が過去の病歴、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といった、鑑定を命ぜられた精神保健判定医等が考慮すべき事項（第37条第2項）と同様の事項や、後述する当該対象者の生活環境等が考慮されることとなる。なお、同様の行為を行う具体的・現実的「可能性があると認められる」場合とは、審判の結果収集された資料により、裁判所がこのような可能性があると認定できる場合をいい、そのような可能性がないと

認定できる場合はもとより、そのような可能性があるとはまでは認められないものの、同様の行為を行うのではないかという漠然とした危険性が感じられるにすぎないような場合には、同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとは認められる場合には当たらない。

※また、仮に同様の行為を行う具体的・現実的な可能性がある場合であっても、例えば、その精神障害のために他人に軽微な傷害を与える可能性があるにとどまる場合のように、そのような可能性が当該対象者の円滑な社会復帰の妨げになるものではないと認められる場合には、イの要件を満たすこととはならないと解される。

4. 「入院決定と通院決定」について

このように、裁判所は、前述した①から③までのいずれもが認められる場合には、入院決定か通院決定をすることとなるが、入院決定と通院決定のいずれの決定をすることとなるかについては、当該対象者について、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り、かつ、精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法の入院という医療を受けさせる必要があると認められるか否かによって決せられることとなり、これが認められる場合には入院決定がなされることとなり、そうでない場合には通院決定がなされることとなる。

また、①から③までのいずれかが認められない場合は、「前2号の場合に当たらないとき」であるので、裁判所は、本法による医療を行わない旨の決定をすることとなる。

このような本法による処遇の要件に該当するか否かの判断に当たり、裁判所は、「第37条第1項に規定する鑑定を基礎とし、かつ、同条第3項に規定する意見及び対象者の生活環境を考慮」しなければならない。

「鑑定を基礎とし」とは、裁判所は、処遇の要否及び内容を決定するに当たって、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命じなければならないところ（第37条第1項）、個々の対象者について、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要」があるか否かについての裁判所

による認定は、このような精神保健判定医等による鑑定の結果によって基礎付けられていることが必要であるという意味である。精神保健判定医等による鑑定の結果は、医学的見地からの専門的・客観的意見であることから、そのようなものとして十分に尊重される必要があるが、仮に裁判所が、鑑定の結論が不明確であると考えた場合や、その合理性・妥当性に疑問があると考える場合には、鑑定を行った医師にその意味・内容や判断の根拠等を尋ねること等により、鑑定の趣旨を確認したり、その合理性・妥当性を検証し、その結果、当該鑑定が合理的かつ妥当なものとして判断されれば、これを基礎とした上で、更に対象者の生活環境をも考慮して、本法による処遇の要否及び内容を決定することとなる。

※仮に、鑑定の結果が「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本法による医療を受けさせる必要はない」という結論であることが明白であり、かつ、これに合理性・妥当性が認められる場合において、裁判所が入院決定又は通院決定をすることは、一般的には鑑定を基礎とするものとはいえないであろう。他方、仮に、鑑定結果が「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本法による医療を受けさせる必要がある」という結論であり、かつ、これに合理性・妥当性が認められる場合であっても、対象者の生活環境等をも考慮した結果、今後の通院治療の継続が十分に確保されると認められ、かつ、そのような治療が継続されるのであれば同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとまでは認められないと判断されるような場合には、本法による医療を行わない旨の決定をすることもないわけではないであろう。

「同条第3項に規定する意見」とは、対象者を実際に鑑定した医師による、当該対象者の現在の病状の内容・程度が本法による入院という治療形態による医療を必要とするものであるか否かについての、純粋に医療的な観点からの意見をいう。

「対象者の生活環境」とは、例えば、当該対象者の住居や家族の有無、居住地や家族の状況、対象者の社会復帰に関する家族の協力の意思の有無・程度等、当該対象者の生活を取り巻く環境をいう。

このように、本法による処遇の要否及び内容の決定に当たっては、個々の対象者について、その精神障害を改善するための医療の可能性・

必要性や、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具体的・現実的な可能性の有無を判断する必要があることから、合議体の裁判官は、主に、例えば、精神科医による鑑定結果の合理性・妥当性の有無を吟味するとともに、本人の病状はもとより、対象行為の内容や当時の精神状態、更にはその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるか否かといった点を考慮し、また、合議体の精神保健審判員は、主に、例えば、精神科医による鑑定結果の医学的合理性・妥当性の有無を吟味するとともに、自らも、対象者の精神障害の種類、病状、生活環境等を踏まえ、その精神障害や病状の推移、対象行為を行った際と同様の病状が再発する可能性の有無等を考慮するなど、それぞれにその専門性をいかしつつ、また、相互に十分に協議することにより、本法による処遇の要否及び内容を共同して決定することとなる。

第2項

本項は、申立てが不適法であると認める場合の裁判所による却下決定について定めたものである。

(1)「申立てが不適法であると認める場合」とは、例えば、申立権者でない者により申立てがなされた場合や、対象者が刑の執行のため刑務所に収容されたにもかかわらずその後申立てがなされた場合等、申立てが第33条の規定に反する場合をいう。

(2)なお、検察官による申立てが適法であるか否かについては、検察官が当該申立てをした時点でそれが適法であったか否かを基準として判断されるべきものであり、仮に、対象者が、検察官の申立ての時点では精神障害を有していたものの、裁判所が処遇の要否及び内容を決定する時点ではその精神障害が消失していることから、「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本法律による医療を受けさせる必要が明らかでない」と認められる場合であったとしても、申立てが不適法とすることはない。

また、検察官は、傷害が軽い場合であって、一定の事項を考慮し、申立ての必要がないと認めるときは申立てをしないことができる（第33条第3項）が、これは、申立てをするか否かについての裁量を検察官

に認めたものであることから、裁量権限の逸脱・濫用にわたらない限り、申立てが不適法となることはない。

※【「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」最高裁判所事務総局刑事局（平成17年3月）】より抜粋のうえ、一部改変

2. 医療観察法 重要法文とその解釈Ⅲ

「第49条 指定入院医療機関の管理者による申立て」

第49条

指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第19条の2第2項の規定によりその職務を停止されている者を除く。第117条第2項を除き、以下同じ。）による診察の結果、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者について、第37条第2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入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認めことができなくなった場合は、保護観察所の長の意見を付して、直ちに地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならない。

2 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、第42条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定により入院している者について、第37条第2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入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認める場合は、保護観察所の長の意見を付して、第42条第1項第1号、第51条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定（これらが複数あるときは、その最後のもの。次項において同じ。）があった日から起算して6月が経過する日までに、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申立てをしなければならない。

《後略》

本条は、入院患者に係る指定入院医療機関の管理者による申立義務について規定するものである。

1 第1項

本項は、入院患者に係る指定入院医療機関の管理者による退院の許可の申立てについて定めたものである。

(1) 指定入院医療機関の管理者は、入院患者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させて本法による医療を

行う必要があると認めることができなくなった場合は、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならない。

「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要」とは、本法による処遇の要件に対応するものである（その詳細については、第42条及び第51条の解説を参照されたい。）が、この必要が「あると認めることができなくなった場合」とは、この必要がないと認めるに至った場合はもとより、この必要があるか否かが判然としなくなった場合も含まれる。すなわち、本法による入院は、対象者の社会復帰を促進するために必要な手厚い専門的な医療を行うためになされるものであり、その者にとって利益な面を有するものではあるものの、人身の自由の制約を伴うという点からは不利益な面をも有するものであるので、入院を継続すべき必要性があるか否かが判然としなくなったような場合には、入院を継続させることは適当べたとおり、当初の入院決定による法的効果を変動させるものではない。ではないと考えられることから、この点を明確にするため、「必要がないと認めるに至った場合」ではなく、必要があると認めることができなくなった場合」とされたものである。

したがって、指定入院医療機関の管理者は、入院患者について、常にこの必要があると認められるか否かを判断し、そのような必要を認めることができなくなった場合には、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをすべき義務を負うこととなる（注1）。

(2) 指定入院医療機関の管理者による申立ては、「当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果」を踏まえてなされることとなる。これは、指定入院医療機関の管理者がすべての入院患者を直接診断することは現実的ではないことから、まずは当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が直接入院患者を診察し、その結果によることとされたものであり（注2）、もとより、退院の許可の申立てをするか否かを決定する権限と責務は指定入院医療機関の管理者にある。したがって、仮に当該精神保健指定医と指定入院医療機関の管理者の判断が異なる場合には、両者の間で十分に議論・検討し、あるいは管理者自らが直接入院患者の病状を診察するなどし、その結果、管理者におい

て最も適切であると考え結論に従って申立ての要否を決するべきである。

また、指定入院医療機関の管理者は、必要性の有無を判断するに当たり、「第37条第2項に規定する事項」を考慮することとなる。これは、指定入院医療機関の管理者が、個々の入院患者について、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要」の有無を判断するに当たっては、「入院又は通院」に係る審判（本章第2節）において必要的に行われる鑑定を命ぜられた精神保健判定医等と同様に、当該入院患者の精神障害の類型等第37条第2項に規定する事項を考慮することが不可欠であると考えられることから、あらかじめこれを法定することにより、個々の指定入院医療機関の管理者による偏りのない客観的な判断がなされることを確保し、ひいては裁判所による的確な判断に資するものとするためである。

さらに、指定入院医療機関の管理者は、この申立てに「保護観察所の長の意見」を付さなければならない。これは、保護観察所の長は、個々の入院患者について、その生活環境の調整を行うこととされている（第101条）ことから、このような入院患者の生活環境やその調整結果の状況を踏まえた保護観察所の長による退院の可否に関する意見は、裁判所が当該入院患者の退院の可否を決定するに当たり、重要な資料となると考えられたためである。

2 第2項

本項は、入院患者に係る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について定めたものである。

(1) 指定入院医療機関の管理者は、入院患者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させて本法による医療を行う必要があると認める場合は、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申立てをしなければならない。

「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院を継続させてこの法律による医療を行う必要」については前述したとおりであるが、

この必要が「あると認める場合」とは、この必要があると認定できる場合をいい、そのような必要がないと認定できる場合はもとより、そのような必要があるか否かが判然としない場合にも、「あると認める場合」には当たらない。

(2) また、指定入院医療機関の管理者は、この必要があると認める場合には、裁判所による前の入院決定、入院継続確認決定等があった日から起算して6か月が経過する日までに、入院継続の確認の申立てをしなければならない。これは、前述したように、本法による入院は、対象者の社会復帰を促進するために必要な手厚い専門的な医療を行うためになされるものであり、その者にとって利益な面を有するものではあるものの、人身の自由の制約を伴うという点からは不利益な面をも有するものであるので、入院患者の入院期間が不当に長期にわたることを防止するとの観点から、入院継続の必要性の有無の判断を指定入院医療機関の管理者にすべてゆだねておくのではなく、少なくとも入院期間が6か月を経過する日までに、指定入院医療機関の管理者による判断的確性・妥当性を裁判所が審査する機会を確保することが適当であると考えられたためである（注3）。

「第42条第1項第1号、第51条第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定（これらが複数あるときは、その最後のもの。）があった日から起算して6か月が経過する日までに」とは、入院患者の中には、前に入院決定を受けた後今回初めて入院継続の必要性の確認の審査を受ける者もいると考えられるが、中には、既に複数回にわたってこの入院継続確認決定を受け、あるいは、入院患者側による退院の許可の申立て（第50条）に対する申立ての棄却決定という形で入院継続の必要性に関する審査を受けた者もいると考えられるところ、少なくとも入院期間が6か月を経過する日までに、指定入院医療機関の管理者による判断的確性・妥当性を裁判所が審査する機会を確保するとの観点からすると、これらのいずれかの決定のうちその最後のものがあった日から6か月が経過する日までの間に申立てがなされれば足りると考えられることから、その旨を定めたものである。

6か月という期間の計算に当たっては、基本的には民法の期間の計算に関する規定によることとなる（同法第138条）。したがって、期間

の末日の終了をもって期間の満了とされ（同法第141条）、暦に従って計算して、最後の（注4）月においてその起算日に応答する日の前日をもって満了（ただし、最後の月に応答する日がないときは、その月の末日をもって満了）することとなる（同法第143条）が、期間の起算点については、決定があった日から起算することとされていることから、初日を算入しないこととしている同法第140条の規定は適用されず、決定がなされた当日を算入し、その日から起算することとなる。

（注1）すなわち、指定入院医療機関の管理者は、裁判所による前の入院決定、入院継続確認決定等があった日から6か月が経過しようとする時点で初めて入院患者の退院の可否を判断すれば足りるのではなく、入院患者の病状の推移等を踏まえつつ、常にこの判断を行う必要があることとなる。

（注2）このような必要性の有無の判断は、指定医療機関に勤務する精神保健指定医の基本的な職務である（第87条第1項）。

（注3）精神保健福祉法による措置入院においても、6か月ごとに、精神医療審査会により、入院継続の必要性の有無が審査されている（同法第38条の2、第38条の3、同法施行規則第19条）。

（注4）なお、民法は、期間の末日の終了をもって期間の満了とすることを原則としつつ（第141条）、その例外として、末日が日曜日等の休日に当たるときは、その日に取引をしない習慣がある場合に限り、その翌日をもって期間の満了としている（第142条）が、本法においては、このような例外に当たらないので、同条の適用はなく、期間の末日が日曜日等の休日であっても、その日の終了をもって期間が満了することとなる。

※【「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」最高裁判所事務総局刑事局（平成17年3月）】より抜粋のうえ、一部改変

3. 医療観察法 重要法文とその解釈Ⅳ

「第51条 退院の許可又は入院継続の確認の決定」

1. 「第51条 退院の許可又は入院継続の確認の決定」

(退院の許可又は入院継続の確認の決定)

第51条

裁判所は、第49条第1項若しくは第2項又は前条の申立てがあった場合は、指定入院医療機関の管理者の意見（次条の規定により鑑定を命じた場合は、指定入院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定）を基礎とし、かつ、対象者の生活環境（次条の規定により鑑定を命じた場合は、対象者の生活環境及び同条後段において準用する第3了条第3項に規定する意見）を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

- 一 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、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合退院の許可の申立て若しくはこの法律による医療の終了の申立てを棄却し、又は入院を継続すべきことを確認する旨の決定
 - 二 前号の場合を除き、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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定
 - 三 前2号の場合に当たらないとき、この法律による医療を終了する旨の決定
- 2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。
 - 3 第43条第2項から第4項までの規定は、第1項第2号の決定を受けた者について準用する。
 - 4 第44条の規定は、第1項第2号の決定について準用する。

本条は、入院患者の退院の可否又は入院継続の要否に関する裁判所の決定の要件及び内容等について規定するものである。

1 第1項

本項は、指定入院医療機関の管理者又は入院患者等による申立てに対する裁判所の決定の種類及びその要件について定めたものである。

(注1)

(1)指定入院医療機関の管理者又は入院患者等による退院の許可の申立て、入院継続の確認の申立て又は処遇の終了の申立てに対する裁判所の決定には、第2項に規定する申立ての不適法を理由とする却下決定のほか、

- ①入院を継続すべきことを確認する旨の決定（以下「入院継続確認決定」という。）
 - ②退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定（以下「退院許可決定」という。）
 - ③この法律による医療を終了する旨の決定（以下「処遇終了決定」という。）
 - ④申立てを棄却する決定
- の4つがある。

①の**入院継続確認決定**は、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に対してなされるものであり、第49条の解説において述べたとおり、当初の入院決定による法的効果を変動させるものではない。

②の**退院許可決定**には、その後入院によらない医療を受けさせる旨の決定が含まれているが、これは、②の決定を受けることとなる者は、依然として本法による医療が必要であると判断されるものの、入院という形態による医療の必要があるとまでは認められない者であるからであり、仮に、本法による医療が必要ないと判断される場合には、退院許可決定ではなく、③の**処遇終了決定**がなされることとなる。なお、通院決定（第42条第1項第2号）と同様に、「入院によらない医療」には、指定通院医療機関に通院して来た患者に行ういわゆる通院医療に加え、患者の住居等を医師や看護師等が訪れて行ういわゆる訪問診療も含まれる。

③の**処遇終了決定**により、本法による医療は終了することとなるが、引き続き精神科の医療が必要な者に対しては、精神保健福祉法等により、必要な医療が行われることとなる。

④**申立てを棄却する決定**は、指定入院医療機関の管理者による退院の許可の申立て又は入院患者等による退院の許可若しくは処遇の終了の申立てに対してなされるものであり、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については、その必要がないと認める場合には、②の**退院許可決定**又は③の**処遇終了決定**がなされることとなる。

(2) 裁判所が入院継続確認決定（指定入院医療機関の管理者による退院の許可の申立て又は入院患者等による退院の許可若しくは処遇の終了の申立てを棄却する決定を含む。）をするためには、入院患者について、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要がある」と認められることが必要であるが、この要件は、実質的には、第42条第1項第1号の入院決定がなされるための要件と同じものであり、「対象行為を行った際の精神障害」とは、入院患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をいい、「精神障害を改善し」の「改善」には病状の増悪を抑制することも含まれ、「これに伴って同様の行為を行うことなく」の「同様の行為」とは、第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいうことも、第42条第1項の場合と同じであって、結局、このような要件が引き続き認められる入院患者については、入院継続確認決定がなされることとなる。

入院継続確認決定の要件は、入院決定の要件と同様に、

- ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法の入院という形態による医療を受けさせる必要があると認められ、かつ、
 - イ 精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法の入院という形態による医療を受けさせる必要があると認められること
- に分けることが可能であるが、この両者が認められる場合に入院継続確認決定がなされることとなる。

アの要件は、具体的には、裁判所が当該入院患者の退院の可否を決定する時点において、

- ①当該入院患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引き続き有しており、かつ、
- ②そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、引き続き本法の入院という形態による医療を行うことが必要であること、すなわち、本法の入院という形態による医療がその精神障害を改善するために必要であり、かつ、その精神障害が治療可能性のあるものである

こと

を内容とするものである。もっとも、特に、指定入院医療機関において行われる入院という形態による医療は、手厚い専門的なものであることから、精神障害を改善するためには引き続きこのような医療が有用であると考えられ、また、その精神障害が治療可能性のあるものであることについては、既に最初の「入院又は通院」に係る審判において認定されているので、実際には、①が認められるか否かが問題となるであろう。

イの要件は、具体的には、裁判所が当該入院患者の退院の可否を決定する時点において、当該入院患者について、③本法の入院という形態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具体的・現実的な可能性があることを内容とするものである。なお、「同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」の有無の判断に当たっての考慮要素や、「同様の行為」あるいはこれを行う具体的・現実的「可能性がある」と認められる場合」の意味・内容については、第42条の解説において述べたところと同様であるので、これらの詳細については、同条の解説を参照されたい。

(3)このように、裁判所は、前述した①から③までのいずれもが認められる場合には、入院継続確認決定等を行うこととなるが、入院という形態による必要があるとまでは認められないものの、本法による医療が、対象行為を行った際の精神障害を改善するために必要であり、かつ、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必要であると認められる場合には、退院許可決定がなされることとなり、また、これも認められない場合には、処遇終了決定がなされることとなる。

(4)これらの要件に該当するか否かの判断に当たり、裁判所は、「指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮」しなければならない。「指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とし」とは、個々の入院患者について、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、（入院を継続させて）この法律による医療を受けさせる必要」があるか否かについての裁判所による認定は、指定入院医療機関

の管理者の意見によって基礎付けられていることが必要であるという意味である。指定入院医療機関の管理者による意見は、平素から入院患者の病状等を診察している者による医学的見地からの専門的な意見であることから、そのようなものとして十分に尊重される必要があるが、仮に裁判所が、指定入院医療機関の管理者の意見の合理性・妥当性に疑問があると考える場合には、当該管理者にその意味・内容や判断の根拠等を尋ねること等により、その趣旨を確認したり、その合理性・妥当性を検証し、その結果、当該意見が合理的かつ妥当なものと判断されれば、これを基礎とした上で、更に入院患者の生活環境をも考慮して、入院患者の退院の可否等を決定することとなる。また、このような退院の可否、入院継続の要否の判断については、指定入院医療機関の管理者の判断を審査するものであることから、裁判所が、その意見の合理性・妥当性に疑問を抱き、あるいは、入院患者等の主張等にかんがみてその意見の合理性・妥当性を確認する必要があると判断する場合には、他の精神保健判定医等に鑑定を命じ、その意見を基礎とすることも可能である(第52条)。

「対象者の生活環境」とは、第42条の解説において述べたのと同様に、例えば、入院患者の住居や家族の有無、居住地や家族の状況、入院患者の社会復帰に関する家族の協力の意思の有無・程度等、当該入院患者の生活を取り巻く環境をいう。

(5)入院患者の退院の可否、入院継続の要否の判断についても、地方裁判所においては、裁判官と精神保健審判員の合議体が行うものであり、第42条の解説において述べたように、両者は、それぞれにその専門性をいかしつつ、また、相互に十分に協議することにより、共同してこれを決定することとなる。

2 第2項

本項は、申立てが不適法であると認める場合の裁判所による却下決定について定めたものである。「申立てが不適法であると認める場合」とは、例えば、指定入院医療機関の管理者ではない主治医や付添人に選任されていない弁護士等、申立権者でない者により申立てがなされた場合や、裁判所による前の決定があった日から6か月以上が経過した時点において入院継続の確認の申立てがなされた場合等、指定入院医療機関や

(注2) 入院患者等による申立てが第49条又は第50条の規定に反する場合をいう。

3 第3項

本項は、退院許可決定を受けた者について、通院決定があった場合の通院患者の義務や厚生労働大臣が執るべき措置に関する規定が準用されることを定めたものである。

したがって、退院許可決定を受けた者は、指定通院医療機関による医療を受けるべき義務を負うこととなり（第43条第2項）、また、厚生労働大臣は、退院許可決定を受けた者が医療を受けるべき指定通院医療機関を選定してその名称等を関係者に通知するとともに（同条第3項）、これを変更した場合にはその旨を関係者に通知すべきこととなる（同条第4項）。

4 第4項

本項は、退院許可決定については第44条の通院期間に関する規定が準用されることを定めたものである。したがって、退院許可決定を受けた者の通院期間は、原則として、当該退院許可決定があった日から起算して3年間となる（ただし、通じて2年を超えない範囲内で延長することが可能）。

なお、退院許可決定を受けた者の中には、前に通院決定（第42条第2項第2号）又は別の退院許可決定を受けたものの、通院期間が満了する前に第61条第1項第1号の入院決定を受けて指定入院医療機関に入院した者がいる場合も有り得るが、このような場合であっても、その者の通院期間は、当該退院許可決定があった日から起算して原則として3年間となるのであって、以前の通院期間と併せて3年間となるものではない（注3）。

(注1) この要件についても、衆議院において、政府原案が修正されているが、その趣旨については、第42条の解説において述べたとおりである。が行われることとなる。

(注2) 平成14年12月3日の衆議院法務委員会における修正案の提案者の答弁においても述べられているように、仮に入院患者等が裁判所による決定を受けた直後に、何ら事情の変化がないにもかかわらず退院の許可等を申し立てたような場合には、権利の濫用として、その申立てが却下されることもあり得ると考えられる。

(注3) 通院患者の通院期間は、いわば経過観察のための期間とも言い得るものであるので、このような観点からも、そのための期間については退院の時点から起算することが適当であって、前の通院期間を算入することは適当ではないと考えられる。

※【「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」

最高裁判所事務総局刑事局（平成17年3月）】より抜粋のうえ、一部改変

4. 医療観察法 重要法文とその解釈 V

「第56条 処遇の終了又は通院期間の延長の決定」

「第56条 処遇の終了又は通院期間の延長の決定」

(処遇の終了又は通院期間の延長の決定)

第56条

裁判所は、第54条第1項若しくは第2項又は前条の申立てがあった場合は、指定通院医療機関の管理者の意見（次条の規定により鑑定を命じた場合は、指定通院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定）を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

- 一 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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合この法律による医療の終了の申立てを棄却し、又は第42条第1項第2号若しくは第51条第1項第2号の決定による入院によらない医療を行う期間を延長する旨の決定
 - 二 前号の場合に当たらないときこの法律による医療を終了する旨の決定
- 2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。
- 3 裁判所は、第1項第1号に規定する期間を延長する旨の決定をするときは、延長する期間を定めなければならない。

本条は、通院患者の処遇の終了の可否又は通院期間の延長の要否に関する裁判所の決定の要件及び内容等について規定するものである。

1 第1項

本項は、保護観察所の長又は通院患者等による申立てに対する裁判所の決定の（注1）種類及びその要件について定めたものである。

(1) 保護観察所の長又は通院患者等による処遇の終了の申立て又は通院期間の延長の申立てに対する裁判所の決定には、第2項に規定する申立ての不適法を理由とする却下決定のほか、

①入院によらない医療を行う期間を延長する旨の決定（以下「通院期間延長決定」という。）

②この法律による医療を終了する旨の決定（以下「処遇終了決定」と

という。)

③申立てを棄却する決定

の3つがある。

①の通院期間延長決定は、保護観察所の長による通院期間の延長の申立てに対してなされるものであり、また、この決定は、前になされた通院決定又は退院許可決定により形成された法律関係を前提に、その権利義務関係を変動することなく、医療等を行う期間のみを延長するものである。通院患者には引き続き厚生労働大臣が選定した指定通院医療機関による医療を受けるべき義務があり、厚生労働大臣及びその委託を受けた指定通院医療機関は、通院患者に対して本法による医療を行う責務がある。

②の処遇終了決定により、本法による医療は終了することとなるが、引き続き精神科の医療が必要な者に対しては、精神保健福祉法等により、必要な医療が行われることとなる。

③申立てを棄却する決定は、保護観察所の長又は通院患者等による処遇の終了の申立て（注2）に対してなされるものであり、保護観察所の長による通院期間の延長の申立てについては、その必要がないと認める場合には、②の処遇終了決定がなされることとなる。

（2）裁判所が通院期間延長決定（保護観察所の長又は通院患者等による処遇の終了の申立てを棄却する決定を含む。）をするためには、通院患者について、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要がある」と認められることが必要であるが、この要件は、実質的には、第42条第1項第2号の通院決定又は第51条第1項第2号の退院許可決定がなされるための件と同じものであり、「対象行為を行った際の精神障害」とは、通院患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をいい、「精神障害を改善し」の「改善」には、病状の増悪を抑制することも含まれ、「これに伴って同様の行為を行うことなく」の「同様の行為」とは、第2条第2項各号に掲げるいずれかの行為をいうことも、第42条第1項又は第51条第1項の場合と同じであって、結局、このような要件が引き続き

認められる通院患者については、通院期間延長決定がなされることとなる。

通院期間延長決定の要件は、通院決定等の要件と同様に、

- ア 対象行為を行った際の精神障害を改善するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められ、かつ、
- イ 精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、本法による医療を受けさせる必要があると認められることに分けることが可能であるが、この両者が認められる場合に通院期間延長決定がなされることとなる。

アの要件は、具体的には、裁判所が当該通院患者の通院期間の延長の要否を決定する時点において、

- ① 当該通院患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一となった精神障害と同様の精神障害を引き続き有しており、かつ、
- ② そのような精神障害を改善（病状の増悪の抑制を含む。）するために、引き続き本法による医療を行うことが必要であること、すなわち、本法による医療がその精神障害を改善するために必要であり、かつ、その精神障害が治療可能性のあるものであることを内容とするものであるが、実際には、①が認められるか否かが問題となること、イの要件は、具体的には、裁判所が当該通院患者に対する通院期間の延長の要否を決定する時点において、当該通院患者について、
- ③ 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具体的・現実的な可能性があることを内容とするものであること、①から③までのいずれもが認められる場合には通院期間延長決定がなされ、また、いずれかが認められない場合には処遇終了決定がなされることも、第42条第1項及び第51条第1項の解説において述べたところと同様であり、これらの詳細については、同条の解説を参照されたい。

（3）これらの要件に該当するか否かの判断に当たり、裁判所は、「指定通院医療機関の管理者の意見を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮」しなければならない。

「指定通院医療機関の管理者の意見を基礎とし」とは、個々の通院患者について、「対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要」があるか否かについての裁判所による認定は、指定通院医療機関の管理者の意見によって基礎付けられていることが必要であるという意味である。指定通院医療機関の管理者による意見は、平素から通院患者の病状等を診察している者による医学的見地からの専門的な意見であることから、そのようなものとして十分に尊重される必要があるが、仮に裁判所が、指定通院医療機関の管理者の意見の合理性・妥当性に疑問があると考える場合には、当該管理者にその意味・内容や判断の根拠等を尋ねること等により、その趣旨を確認したり、その合理性・妥当性を検証し、その結果、当該意見が合理的かつ妥当なものと判断されれば、これを基礎とした上で、更に通院患者の生活環境をも考慮して、通院患者の通院期間の延長の要否、処遇の終了の可否を決定することとなる。また、裁判所が、指定通院医療機関の管理者の意見の合理性・妥当性に疑問を抱き、あるいは、保護観察所の長や通院患者等の主張等にかんがみてその意見の合理性・妥当性を確認する必要があると判断する場合には、他の精神保健判定医等に鑑定を命じ、その意見を基礎とすることも可能である（第57条）。

「対象者の生活環境」とは、第42条第1項及び第51条第1項の場合と同様、例えば、通院患者の住居や家族の有無、居住地や家族の状況、通院患者の社会復帰に関する家族の協力の意思の有無・程度等、当該通院患者の生活を取り巻く環境をいう。

2 第2項

本項は、申立てが不適法であると認める場合の裁判所による却下決定について定めたものである。

「申立てが不適法であると認める場合」とは、例えば、付添人に選任されていない弁護士等、申立権者ではない者により申立てがなされた場合や、指定通院医療機関の管理者との協議を経ずに申立てがなされた場合等、保護観察所の長や通院患者等による申立てが第54条又は第55条の規定に反する場合をいう（注3）。

3 第3項

本項は、裁判所が通院期間延長決定をする場合には、延長すべき期間を定めなければならないことを定めたものである。

裁判所は、審判において収集した資料を基に、保護観察所の長や指定通院医療機関の管理者等の意見も踏まえつつ、通じて2年を超えない範囲内で（第44条）、延長すべき通院期間を決定することとなる。

なお、通院期間の延長については、「通じて2年を超えない範囲」との制約はあるものの、延長回数については制限がないことから、裁判所は、場合によっては、複数回にわたって通院期間延長決定を行うことも可能である。ただし、この場合であっても、延長後の通院期間は、すべての延長決定を通じて2年を超えることはできない。

（注1）この要件についても、衆議院において、政府原案が修正されているが、その趣旨については、第42条の解説において述べたとおりである。

（注2）裁判所が引き続き本法による医療を受けさせる必要があると認めて保護観察所の長による処遇の終了の申立てを棄却しようとする際に、既に当該通院患者の通院期間が満了し、あるいは満了する日が間近に迫っているということは通常は想定されないことから、第61条第3項のような規定は置かれていないが、仮にそのような事態が生じ、そのままでは当該通院患者に対する本法による医療を確保できないと認められる場合には、裁判所は、その判断を実現するため、保護観察所の長による処遇の終了の申立てを棄却するとともに、通院期間延長決定をすることができると解される。

（注3）第51条の解説において述べたとおり、仮に、通院患者等が裁判所による決定を受けた直後に、何ら事情の変化がないにもかかわらず処遇の終了を申し立てたような場合には、権利の濫用として、その申立てが却下されることもあり得ると考えられる。

※【「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」
最高裁判所事務総局刑事局（平成17年3月）】より抜粋のうえ、一部改変

5. 医療観察法審判における精神保健審判員の役割

精神保健判定医の資格を持つ医師は、個別の事件ごとに精神保健審判員に任命される。精神保健審判員は、精神医学の専門家として、裁判官とともに合議体を構成し、医療観察法による医療の必要性や、入院および通院に関する審判の決定を行う。入院処遇の開始及び処遇中の審判は、当初審判、入院継続の審判、退院許可の審判等があり、通院処遇の開始及び審判では当初審判、処遇終了、再入院の審判等がある。以下、当初審判を例に挙げて、精神保健審判員の役割と留意点について説明する。

1. 当初審判

A. カンファレンス

当初審判では、全国的な傾向として、1回カンファレンスが開かれる場合と、2回カンファレンスが開かれる場合との大きく2つの方式に分かれる。どちらもその後に審判期日が開かれる形が多い。2回カンファレンスが行われる場合には、精神保健審判員、精神保健参与員は、初回のカンファレンスまでに一件記録、刑事責任能力に関する鑑定書など裁判所から提出された資料を精読し、事件の概要を把握するとともに、医療観察法審判を進める上で不足している情報を明らかにする。着目すべき点は、「疾病性」、「治療反応性」、「社会復帰要因」からなるいわゆる3要件である。また、医療観察法による医療の対象となった場合、入院あるいは通院のうち、いずれの処遇が適切であるかを判断するためには、対象者の病識や医療の必要性に関する理解、過去の医療の中断歴、住居や指定通院医療機関の確保などの情報が必要となるので、鑑定人や社会復帰調整官に次のカンファレンスまでに報告することを求める。

この初回のカンファレンスでは、次の2点については必ず検討する必要がある。そのひとつは、検察官による刑事責任能力判断の妥当性である。まず、心神喪失または心神耗弱との判断の根拠は簡易鑑定と嘱託鑑定のいずれによるのか、その鑑定の結果は妥当であるのかを慎重に検討する。その結果、刑事責任能力判断に疑問が残る場合、裁判官に申し出て医療観察法の鑑定項目に加えてもらう。もう一つは、通院処遇による医療の可能性が存在する場合、社会復帰調整官に、対象者が通院処遇を受けた場合の想定される指定通院医療機関とその状況、地域の利用可能

な通所・入所施設の状況などについて、より詳しく具体的な調査を依頼する。また、付添人に対しては積極的に家族をはじめ対象者の地域での受け入れ体制を整えることが出来るかなどを聞いていくようにする。

第二回目のカンファレンスは、裁判所に鑑定書が提出される前に開催されることが多い。社会復帰調整官による生活環境調査結果報告書や鑑定書を資料としてカンファレンスが開催される。精神保健審判員は、精神医学の専門家として鑑定書の妥当性を検証する。不明な点については、鑑定人、社会復帰調整官に直接質問する。また、鑑定書から完全責任能力あるいは心神耗弱と考えられる場合、裁判官に伝え、必要に応じて検察官に起訴を促すことになる。

これらの資料をもとに3要件について検討し、医療観察法による処遇対象かどうか決定する。処遇の対象と考えられる場合、入院と通院の別を判断する。その判断に際しては、病識の有無、医療必要性に対する対象者の理解、医療継続の意志、過去の医療中断歴、住居、指定通院医療機関の有無、支援・援助の体制、病状悪化時の介入計画などをチェックする。また、地域調整に関しては精神保健参与員の意見を求めることが有用である。最終的には、裁判官と協議し、医療観察法の対象とすることがどうか、さらに入院と通院の別を検討しておく。

B. 審判期日

審判期日には、対象者を裁判所に呼ぶことを原則とする。また、家族を呼び、キーパーソンとしての能力や協力姿勢を確認することもある。対象行為は裁判官が確認を行う。精神保健審判員は、精神症状、病識、医療の必要性の理解の程度、医療の動機付けなど精神医学の専門家として対象者に質問する。審判期日において得られた情報を踏まえて、最終的には裁判官と協議し審判決定を行う。

2. 入院継続審判及び退院許可に関する審判

以上に述べたのは当初審判における精神保健審判員の役割と留意すべき点である。入院継続と退院許可の申立てについては、精神保健審判員の主な留意点のみを述べる。

入院継続の申立てについては、入院処遇ガイドラインに示された入院期間18ヶ月を大幅に超えるような場合、入院継続しなければならない理由を慎重に検討する。裁判官と協議し、必要に応じて入院継続審判

についても、当初審判や退院許可申立審判と同様に精神保健参与員を関与させる。また、指定入院医療機関の担当者や社会復帰調整官を呼びカンファレンスなどを開催して、入院継続の妥当性を判断する。この際、いわゆる地域調整が難航し社会的入院になっていないかチェックが必要である。

退院許可申立においては、指定入院医療機関から処遇終了の意見が書かれていることがある。このような場合、3要件に照らし合わせ処遇終了の決定を行うことになるが、精神保健参与員の意見も参考とし、終了後の適切な医療体制が確保されているかどうか確認が必要である。

精神保健審判員になり審判を担当すると聞き慣れない法律用語を耳にする。理解できない場合には、躊躇することなく裁判官に質問する。精神保健審判員は、精神医学の専門家として裁判官との協働作業に努めることが重要である。

6. 医療観察法審判における精神保健参与員の役割

精神保健参与員の選任においては、裁判所の裁判官や書記官より直接連絡があり、事前協議(カンファレンス ※審判期日前の関係者の事前協議)や審判期日の日程調整が行なわれる。そして、事前協議(カンファレンス)や審判期日への参加可能を確認のうえ、選任されることになる。精神保健参与員に選任されると、裁判所より当該処遇事件について精神保健参与員として指定するための『指定書』が送付されてくる。その後、当初審判の場合などでは、事件調書など処遇事件に関する資料として「一件記録」送付されてくる。精神保健参与員は、これらの資料により、まずは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必要がある。また、簡易精神鑑定や刑事精神鑑定の資料があれば、病名や症状などに気をつけて精読しておく。

1. 医療観察法審判における医療必要性の判断と三つの評価軸

医療観察法における医療必要性の判断

- ・ *医療観察法医療必要性の判断においては、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。*

医療観察法医療必要性に係る3つの評価軸

- ① 疾病性
 - ② 治療反応性
 - ③ 社会復帰要因
- 時間軸

医療観察法の審判とは、『対象者について医療観察法における医療必要性を判断する』ことである。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”の三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。そのため、精神保健参与員についても基本的には、この三つの評価軸を基礎として、審判において

意見が求められる。対象者の処遇の要否・内容を決定するためには、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。精神保健参与員は、そのような精神障害者の社会復帰に向けての社会福祉的な視点や意見、対象者に対する権利擁護的な立場を中心に、審判に取り組んでいくことが期待されている。

『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、“疾病性”、“治療反応性”、“社会復帰要因”の三つの評価軸は、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』。

※“社会復帰要因”については、一部に『社会復帰阻害要因』として記載されているものもあるが、厚生労働省の正式な用語としては、“社会復帰要因”で統一することとなっている。精神保健参与員においても、福祉を基盤とする専門職として「エンパワメント」の考え方や「国際障害分類(ICF)」等に見られるプラスの評価を基本とした姿勢を維持し、社会復帰阻害要因的な評価ではなく、社会復帰のための要因として評価する視点が求められている。

2. 当初審判における精神保健参与員の役割

当初審判では、責任能力に関するものや医療観察法で治療することが適当であるかなど、治療反応性と疾病性による議論が中心になることが多い。そして、可知論などを考慮し、対象者に責任能力が問えるようであれば却下、医療観察法の治療が必要でなければ、不処遇とされる。

医療観察法は、その第1条で、対象者の社会復帰をその目的と位置付けており、医療観察法審判は、刑事裁判のように、処罰を目的としたものではない。そのため、医療観察法審判においては、対象者が、今後、円滑に社会復帰していくためには、医療観察法の医療が必要であるか、

また必要な場合には、入院処遇が必要か、通院処遇でたり得るかなどで、判断されることになる。

医療自体は必要とされるが、医療観察法下ではなく、一般医療で治療やケアを行うことが望ましい場合、また医療自体が本来必要ではないケースを指摘されることもある。まず当初はこのアセスメントを行い、当初審判としての判断を求められることになる。大きな判断の分岐点は先ずは、そもそも本来医療が必要なのかということについてであるが、単に過去に入院歴や通院歴があるということだけで疾病性があるとは限らず、適切に犯行時の状況や精神症状、また環境状況が本人に与えている影響などを考えて、丁寧に個々のケースについて検討しなければならない。

医療必要性の判断は、①疾病性、②治療反応性、③社会復帰要因の3つの評価軸について評価を行うことが求められている。①の疾病の有無、あるいは疾病自体はあるものの、対象行為に影響があるものか否か、②治療反応性については、精神症状はあるものの、今後の加療により、改善の見込みが期待されるか否かがポイントとなる。例えば知的障害による反応性のものや、器質性精神障害などの症状に起因するもので、精神科医療での治療では改善を見ることが出来ないものなどは、医療観察法の医療の対象外となる。また、医療観察法の医療の対象とは考えにくいのが、社会的に受入の条件が整わない、本人の行き場がない等の理由のため、医療観察法の入院処遇や通院処遇に結びつけることは、厳に慎むべきである。

精神保健審判員は医学的判断に基づき判断をする。精神保健参与員は、精神保健審判員ではないが、疾病性や治療反応性についても、精神保健福祉のフィールドでの豊富な経験や知識、見識のもと、意見を具申することになる。また、精神保健参与員は、医療観察法医療の必要性が関係してくるのか否かについて、疾病性と家族を含めた対象者を取り巻く人間関係や環境状況、支援体制などの社会復帰要因とのバランスにも注目する必要がある。当初審判での精神保健参与員としての機能を果たすためには、多角的な見地から対象者の社会復帰を精査し、検討していく必要がある。

当初審判の場合、医療観察法での治療の必要性があれば、対象行為を行った直後の状況における対象者の処遇判断であるため、入院処遇の

決定が出やすい傾向にある。精神保健参与員としても、入院処遇が、今後の対象者の円滑な社会復帰のために必要であれば、当初審判において、入院処遇の意見を言うことが適当である。ただ、医療観察法審判において、精神保健参与員には、対象者の権利擁護、精神障害者の地域支援、社会復帰などについて精神保健福祉的な視点から、意見を言う役割を負っている。

そして、これら意見を述べていくため、鑑定書や生活環境調査報告書を読み込むことの他、カンファレンスに出席している鑑定医や社会復帰調整官に、病状や障害の程度、医療環境や地域での支援体制、家族援助の状況などについて質問し、対象者の現状と通院処遇の可能性を確かめていく。そのようにして、当初審判の精神保健参与員には、疾病性と社会復帰要因を鑑み、対象者の状況での医療観察法における通院治療の継続性、地域生活の可能性などを考慮して、通院処遇の可能性を積極的に探るなどの姿勢が求められている。

3. 退院許可申立審判・医療終了申立審判における精神保健参与員の役割

前述したとおり、法施行当初には、当初審判が医療観察法の審判のほとんどを占めていたが、その後、時間の経過とともに、入院継続申立て審判、退院許可申立審判が増えてきており、今後、医療終了申立審判の増加が予想されている。

精神保健参与員は、精神保健福祉士や精神保健福祉分野の保健師という専門性から、精神障害者の社会復帰・地域処遇についてのケアマネジメントや地域ケア計画の作成などに精通しているため、地域における社会資源の活用やケア計画の評価で寄与していくことが、法施行以前より想定されていた。特に、退院許可申立審判・医療終了申立審判では、その役割が期待されている。

医療観察法導入時のモデルとなった英国においては、退院許可申立審判は、非常に重要視され、慎重に審判が行われている。しかし、日本においては、当初審判と比べ退院許可申立審判などが軽視され、『カンファレンス』が開かれなかった時期もあったが、退院許可申立審判の件数が、増えてきたことにより、審判関係者からもその重要性が再認識さ

れてきており、『カンファレンス』を開催する慎重な審判が増えてきている。

医療観察法における入院中、通院中の対象者については、治療やリハビリテーション、社会復帰援助などにより“疾病性”や“社会復帰要因”のうちの双方、あるいはどちらかが改善された場合には、指定入院医療機関や保護観察所より退院許可申立てや処遇終了の申立てが行われることになっている。そして、「対象者が指定入院医療機関において、引き続き医療観察法での入院治療が必要なのか」、治療や退院調整などによって改善された現在の“疾病性”や“社会復帰要因”において、「対象者に（指定通院医療機関の）継続的かつ適切な（精神科）医療並びにその確保をすることができるか」、また、「必要な観察および指導を行うことによって、同様の行為の再発の防止できる環境が整っているか」などが、審判において議論されることになる。

退院許可申立審判や医療終了申立審判において、このような決定を行っていくためには、ケア計画における“疾病性”と“社会復帰要因”バランスや社会資源の活用など、緊急時対応を含む退院後の地域でのケア計画全体の評価が必要となる。退院許可申立審判や医療終了申立審判でのカンファレンスなどにおいて、退院後の地域でのケア計画全体の評価を行い、保護観察所の社会復帰調整官や指定入院医療機関の精神保健福祉士に疑問点などを確認する役割は、精神保健参与員が行うことが多い。

特に医療観察法における退院後の地域でのケア計画では、指定通院医療機関や保護観察所以外にも、都道府県、市区町村、保健所や社会復帰施設などの複数の関係機関が連携して関わる複雑なケア計画となっている場合が多い。そのため、保護観察所が退院後作成することになっている「処遇実施計画書」の案などを提出してもらい、精神保健参与員が評価などを行い、裁判官や精神保健審判員に伝えることが多くなっている。

一般の精神医療・福祉分野においても、退院できる病状と地域生活には、ある程度の隔たりがある場合が多く、それを埋めるものとして精神障害の社会復帰施設や福祉関連制度など社会資源が整備されてきた。医療観察法の対象者は、退院できる病状と地域生活の間に、より隔たりが大きくなる場合が多く、総合的な地域における処遇計画（医療観察法においては『処遇実施計画』）や環境要因など“社会復帰要因”に関する評価が、医療観察法の審判において重要になっている。また、精神保健

参与員は、医療観察法における社会的入院の防止に絶えず注意を払い対象者の権利擁護の観点から、“疾病性”と“社会復帰要因”の評価とともに、“疾病性”と地域のケア計画等の進捗状況にも着目し、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等の関わり方自体について、是正の必要などの意見を伝えていかなければならない。

4. 医療継続申立審判における精神保健参与員の役割

医療継続申立審判においては、指定入院医療機関において6ヶ月ごとに定期的に行っている申立てであり、また、その対象者も、まだ「急性期」「回復期」であることから、審判自体があまり重視されていない。そのため、精神保健参与員が、関わることも、あまり多くはない。しかし、今後、対象者の入院期間が18ヶ月を超えて大幅に長期化してきた場合には、精神保健参与員は、医療観察法における長期入院について「実質的に社会的入院となっていないか」なども評価し、社会的入院の防止や対象者本人の権利擁護の観点から意見を言う必要がある。特に“疾病性”と地域におけるケア計画等の進捗状況を評価し、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等のケアマネジメントの妥当性などについて、合議体に意見を伝えていくような役割も、必要になってくると思われる。

7. 当初審判における付添人の役割

当初審判では対象者に付添人が必ず付される。

付添人は弁護士に限定されており、法律の専門家として対象者の権利擁護を図ることが期待されている。不当な鑑定入院でないかなど審判手続が適正かどうかをチェックし、対象者の主張を審判に反映させ、適切な事実認定のもとで、再他害行為を防止するために最善の医療・生活環境となるよう尽力しなければならない。以下、付添人活動の概要を述べる。

1. 付添人活動の開始

付添人の選任を受けたら直ちに記録を閲覧・謄写する。この段階では検察官が裁判所に提出した捜査資料が中心となる。原則2か月以内に審判を迎えるので早急に着手する。

検察官の主張する対象行為や責任能力を検討し、対象者の医療情報、生活環境、保護者等関係者も確認していく。資料が不足していることも稀ではないので、裁判所に取寄せを依頼したり、検察官からの追加提出を促してもらう。

2. 対象者との面会

対象者は鑑定入院しているのが通例である。一般の精神科病院の閉鎖病棟であるから面会時間・場所等に制約があることはやむを得ないが、可能な限り秘密が保持できて時間を十分にかけてもらえる環境で面談したい。あらかじめ医師、精神保健福祉士等の担当多職種チームと連絡をとると良い。

対象者からの聴取内容は多岐に亘る。対象行為に関する事実確認・振り返りの状況、生育歴・病歴、病識や治療意欲、社会復帰に向けた意見なども聴取する。不当な拘束や治療を受けていないかもチェックする。対象者には本法の手続の理解も得なければならない。一回の面談ですべて消化できるとは限らないし、鑑定入院中に病状等も変化するので、可能な限り何度も面会して信頼関係を構築していく。

3. 関係者等からの情報収集

鑑定入院先の医療スタッフ、可能であれば鑑定医からも対象者の病状や治療方針について説明を受ける（さらにセカンドオピニオンを求めることもある。）。

対象者の家族等にも生活歴や病歴、受入意思の確認をしたり、可能な支援をお願いしていく。むろん、対象者と親族の関係が良好ではなかったり、対象行為が生活領域内で行われる場合もままあるので事案ごとに対応する。

4. 社会復帰に向けた生活環境調整

対象者は早ければ審判直後に社会復帰するから、とりわけ通院決定が見込まれる場合、受入れや支援の体制構築は鑑定入院中に行わねばならない（社会復帰調整官と連携することが望ましい。）。対象者の帰住先の確保、成年後見制度の活用や生活保護の受給調整など事案ごとに活動する。

5. カンファレンスへの出席、意見交換

当初審判では事前カンファレンスが非常に重要である。その運用（出席者、実施時期、回数等）は裁判所ごとに異なるが、対象者にとって最善の治療、社会復帰環境の整備につなげるためには、多職種で意見や情報の交換を行うことは欠かせない。鑑定書・生活環境調査結果報告書にも疑問点や意見を出し合い、最終的には処遇についても議論される。付添人は対象者からの聴取を踏まえて意見をまとめていかねばならない。

6. 意見書の作成・提出

審判期日より前に意見書を作成して提出する。すべての資料を活用して対象者の権利を擁護する立場から意見を述べる（対象者の意見と異なることも当然ありうる）。

7. 審判期日

審判期日は、対象者が裁判官、精神保健審判員、参与員と直接接触する最初で最後の機会である。対象者に審判期日の意味や手続の流れを説明して、対象者の気持ちや意見を十分に表現できるよう入念に準備する。

8. 付添人活動の終了

本法による医療という審判がなされた場合には抗告が可能であるので、対象者の抗告の意思の有無を確認する。抗告しない場合には、ここで付添人活動は終了となる。

なお、当初審判終了後も弁護士として引き続き支援（例：破産申立等）を期待されることがあるが、付添人ではなくなってしまうので、法的にサポートするためには契約等の権限付与が必要である。

8.入院継続申立審判、退院許可申立審判における付添人の役割

当初審判と異なり、入院継続申立事件や退院許可申立事件は、国選付添人が選任されないことがほとんどのため、付添人は、対象者やその家族から私選で依頼を受けることによって選任されるのが普通である（※退院等の判断が難しい事例や入院期間が非常に長期化している事例など、地方裁判所が必要と判断した場合には、国選弁護人が選任されるケースも増えてきているが、まだ少ない）。

通院継続申立事件については、指定入院医療機関が6ヶ月ごとに定期的に行うことが予定されるものであるため、同じ対象者について何度か申し立てられることがある。

付添人は、付添人選任届を裁判所に提出し、まず、記録を謄写する。当初審判の決定書、社会復帰調整官作成の生活環境調査報告書、精神鑑定書などが併せて綴られているので、当初審判を担当していない場合には、入院継続についての意見を述べる前提として、それらの記録を検討することが不可欠であるが、批判的に検討することが必要である。

指定入院医療機関による申立書には、比較的簡単な理由しか記載されていないことが多い。そのため、社会復帰調整官作成の生活環境調整に関する意見書や、指定入院医療機関が作成する入院継続情報管理シートに記載された「医療観察法の処遇における治療の経過」、「入院を継続する必要がある理由」、「今後の目標と治療方針」等の内容について、対象者との面会や、指定入院医療機関の担当多職種チーム（医師、看護師、精神保健福祉士、心理士、作業療法士等）主治医の説明（面談又は電話で聴くことができる）を踏まえて、付添人としての意見書を作成して提出する。

運用当初は、入院継続事件は、書面審査で行われていたが、最近は、通院継続事件でも、カンファレンスが実施される例がある。その場合には、付添人としても、精神保健審判員や精神保健参与員と率直に意見交換することができるし、退院のためには、さらにいかなる治療が必要かが明確になるというメリットがある。

退院許可申立事件は、対象者やその家族から依頼を受けて、対象者から申し立てる場合と、指定入院医療機関が申し立てる場合がある。前者の場合には、指定入院医療機関の担当多職種チームの意見を聴くなどし

て、対象者に対する治療の進捗状況を十分に把握して行う必要があるが、退院許可を得るのは容易ではない場合が多い。ただ、入院して行う必要のある治療は、ほぼ終了しており、退院後の地域調整のみに時間がかかっているため、入院が継続しているなど、実質的に社会的入院となってしまうケースについては、医療観察法の立法趣旨からも、対象者の権利擁護の側面からも明らかに問題があり、付添人は、積極的に付添人活動を行っていく必要があると思われる。後者の場合には、指定入院医療機関自身が退院許可を求めているので、入院して行う医療は終了しており、後は退院後の受け入れ先の確保や指定通院医療機関への引継ぎ等の環境調整が中心となる。後者の場合の付添人の活動は、入院継続事件とほぼ同様であり、記録を謄写した上で、意見書を作成することになるが、退院という結論には異論がないことが普通であるから、社会復帰調整官の意見書を踏まえて、それをさらに補強するような意見を述べることになる。

退院許可申立事件においては、当初は、書面審査で行われていたが、最近では、対象者に対する感銘力などを考慮して審判期日が開かれる場合が増えてきている。そのため、カンファレンスが実施され、審判期日の持ち方についての協議がなされることも増えてきている。

退院許可が得られるかどうかは、対象者本人が服薬管理できる状況にあるか、退院後の受け入れ先や指定通院医療機関への通院が確保されるかなどが考慮される。社会復帰調整官の環境調整による面が多いが、付添人から社会復帰調整官と積極的に連絡を取り合い、協力できる面があれば協力する必要がある。

付添人としても、厚労省の入院処遇ガイドラインに示された入院期間18ヶ月を超え、社会的入院にならないように、対象者が1日も早く退院できるように、退院を阻害する要因が何かを見極めた上で、その要因を除去できるように可能な限り努力する必要がある。

どの対象者も様々な問題を抱えていることが多く、完全に問題をクリアすることを求めてしまうと長期入院となって社会的入院となるおそれがあることから、退院という同じ方向に向かって、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、社会復帰調整官との協議を行うことが期待されている。

9. 医療観察法審判における責任能力、不起訴等の判断について

医療観察法審判における申立却下

検察官が医療観察法の審判を申し立てたとしても、これを受けとる裁判所が“申立の条件を満たしていない”と判断したならば、そもそもその申立が不適当であったということになるから、裁判所は（不処遇とするのではなく）申立自体を却下する（40条）。申立条件を満たさない場合とは、以下のようなときである。

- (1)対象行為をしていない、あるいは行為はあったが対象罪種（殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、重い傷害事件など）に相当しないとき（40条1項一）。
- (2)対象行為のときに対象者が、①心神喪失の状態、②心神耗弱（こうじゃく）の状態のいずれでもなかったとき（40条1項二）。
- (3)対象行為のときに①心神喪失の状態だったという理由での申立だったが、①心神喪失ではなく②心神耗弱の状態にとどまるものであったとき（40条2項）。ただし、この(3)のときには即却下となるわけではなく、あらためて②心神耗弱の状態という認定のもとでやはり申立をするのかどうかを検察官が再検討することになる。

なお、こうして却下されうるのは、不起訴や起訴猶予により刑事裁判を受けずに申立が行われたものに限られる。それ以外の、つまり刑事裁判で判決を受けてきた者については、基本的に医療観察法の申立が却下されることはない。なぜならば、行為の存在、罪種、責任能力についての認定をすでに刑事裁判で受けているため、あらためて医療観察法の審判で判断しなおされることはないからである（一事不再理の原則）。

責任能力の判断の誤りを理由とする却下

上記(2)(3)のとおり、検察官が申立の前提とした刑事責任能力についての判断に誤りがあったということが却下理由となる。したがって、医療観察法審判とその鑑定においても、刑事責任能力について再検討、再判断をすることがある。

もっとも、40条の却下の判断は（処遇の決定のように裁判官と審判員との合議ではなく）裁判官が単独で行うことになっている。したがってその際の責任能力の判断も、裁判官の作業である。ただ裁判官が審判員や鑑定人に責任能力に関する参考意見を求めることも多いし、実際に鑑定事項としてあげられることもある。

刑事責任能力の判断のしかた

我が国の判例（【重要判例】大判昭和6年12月3日刑集10巻682頁「責任能力の概念」※参照）と通説によれば、①②の判断のしかたはおおよそ以下のよう
に整理されている。

①心神喪失

対象行為時に、(a)精神の障害により、(b1)ものごとの理非善悪を弁識する能力（弁識能力）を失っていた、もしくは(b2)その弁識する能力にしたがって行為する能力（行動制御能力）を失っていた場合。

②心神耗弱

対象行為時に、(a)精神の障害により、(b1)ものごとの理非善悪を弁識する能力（弁識能力）が著しく障害されていた、もしくは(b2)その弁識する能力にしたがって行為する能力（行動制御能力）が著しく障害されていた場合。

このとき、(a)の「精神の障害」がどのような種類の障害をいうのか、また(b1)と(b2)の各能力についても、どのような能力をみるのか、そしてそれらがどのようなであれば著しく障害されているとか失っているとするのかについて、これ以上の具体的な“基準”のようなものは示されていない。

しかし、このように“基準”は不明確ながらも、①②は重要なことを示唆している。刑事責任能力は(a)+(b1、b2)で決まるのであって、たとえば“治療が必要である”ことを理由に判断されることはない点、そして(a)の「精神の障害」が決まると自動的に(b1、b2)の能力の有無や程度が決まる（＝「不可知論」的な「慣例」による判断）わけではない点などである。

例えば、“統合失調症ならば心神喪失”とか、“パーソナリティ障害ならば完全責任能力”といふように単純には決定されない。またアルコールや覚せい剤など自ら摂取したものに由来する精神の障害も、自動的に完全責任能力と判断されるわけではない。

結局、この①②に当てはまるかどうかというのは、事例ごとに、精神障害（と精神障害以外）が事件のどこにどのように影響したのかをもとに検討される。そして最終的には、精神医学的ではなく法的に、つまり精神科医である鑑定人によってではなく、起訴・不起訴の決定段階であれば検察官、刑事裁判の判決であれば裁判官・裁判員の判断によって決められる。

申立を却下された事例のゆくえ

申立が却下されうる事例は、既述のとおり起訴されていない（不起訴、起訴猶予）事例である。このため却下された後は、検察官はその事例を、（ア）あらためて起訴することも、（イ）しないこともできる。

もし（ア）起訴されたならば通常の刑事裁判のシステムにのることになる。ちなみに、医療観察法の審判が申立てられるような事件（＝重大な他害行為）であれば、裁判員裁判の対象事件に該当することも多い。また、もし（イ）起訴されないならば、医療観察法制度からはもちろん、刑事司法制度からも完全に外れることになる。その後は、精神保健福祉法25条による措置通報が行われる場合、その他の精神保健福祉法上の医療を受ける場合、あるいは全く医療をうけない場合などさまざまである。

10. 医療観察法における指定入院医療機関の限界性

裁判所は医療観察法42条によって入院等の処遇の決定を行うが、その場合の3要件として疾病性、治療反応性、再被害行為の可能性（社会復帰要因）をあげている。これらの3要件があれば入院か通院の処遇を命じなければ処遇とする。最高裁の判断ではこの3要件のいずれかがなければ医療観察法による医療は行わないとするが、実務では多くの境界領域の問題が存在する。医療観察法入院より直接処遇終了するものが現在の決定でも20%を超え、入院処遇により医療観察法治療必要性の要件がなくなったと裁判所が判断するケースが多く存在する。入院処遇を行って医療観察法の要件を満たさなくなったという判断は、実際のケースに即して論じると認知症の周辺症状による幻覚妄想で対象行為を行い、認知症の進行により再被害行為の可能性がなくなった場合が代表的なものである。このケースの場合でも当初審判で認知症は治療反応性がないとして、不処遇とすべきであったともいえる。同様のケースにパーソナリティ障害、発達障害、知的障害があげられる。

1. 医療観察法医療の限界

医療観察法病棟の高いレベルの治療環境にあっても限界があり、疾病性では対象行為が人格要因で行われている場合、また知的障害を含む発達障害の対象者には治療反応性は限局的である。そこで主病名がパーソナリティ障害や発達障害では治療反応性に対する十分な検討が行われてから処遇を決定すべきで、実際の審判でもこの見解を支持している。特にパーソナリティ障害は明確な構造化を有する矯正処遇が適しており、当事者参加を基礎とする回復モデル（リカバリー）や医療福祉モデルでは改善せず、むしろ対人操作性を増して処遇困難を増悪させる原因ともなる。中等度の知的障害では入院中の行動療法が有効でも限局的で、加えて支援が整う入院での行動変容が社会復帰後に汎化する事は難しい。成人の発達障害の認知行動パターンは人格の偏りによる認知行動パターンと同等にみなされて、責任能力を認めることが多いし、治療反応性には大きな限界を有する。

パーソナリティ障害や発達障害、知的障害の対象者でも、多くは対象行為時に精神病状態か等価と思われ精神症状が存在すると、医療観察法医療の対象となりうる。これらの精神病状態は一過性であることが多く、当初審判では精神病状態は改善して基盤となる人格や発達の問題が重要視されケースについて、治療反応性の乏しさを指摘して不処遇とすべきと司法精神医療等人材養成研究会企画委員会（以降は企画委員会）は見解を述べている。

また広汎性発達障害では当初審判で統合失調症と診断されて医療観察法での医療が始まり、その後の治療経過で診断変更され、広汎性発達障害を指摘されるケースがある。比較的短期間の医療観察法鑑定では診断のために得られる情報が限られていることから、医療観察法の処遇中により新たに得られた知見に基づいて診断が変更になることは容認され、その時点の審判で処遇が決定されて不処遇となることがある。

物質使用障害の対象者では、対象行為時に一過性の幻覚妄想やせん妄など意識障害によるせん妄状態を呈するが、企画委員会の見解では当初審判時にはこれらの精神症状が消失し依存症とのみ診断できる場合には医療観察法の対象としない。ただこれには異論があり、精神病状態の背景（基礎）に依存症がある場合には、それも含めて疾病性とする見解もある。依存症の治療に置いては任意の治療という側面が重要であり、重大な事件を繰り返している物質使用障害では人格要因にも非社会性が認められたため、これらを医療観察法医療でみることは大きな限界がある。このために物質使用障害では医療観察法の適応は限局的であるべきで、統合失調症と等価の病態である持続性精神病性障害を有するケースなどが対象となる。

慢性に経過し治療抵抗性の統合失調症で、陽性症状が改善しない、陰性症状の強い、非社会的な行動が存在する対象者に対して、治療反応性の限界が論じられる。当初審判では入院処遇の決定がなされることが多く、治療を開始してスタンダード期間（18か月）を経てもなお状態の改善が不十分である場合に、このまま入院継続するべきか否かの判断、具体的には医療観察法による治療反応性の有無を巡り審判に委ねることがある。企画委員会の見解では「状態維持のためには治療が必要」は治療反応性があると認定する根拠としている。しかし入院が長期に及ぶと重厚な医療観察法の医療環境よりも、融通のきく精神保健福祉法での医療が効果を望めるが、3要件が存在する場合には処遇終了とはならない。そこで具体的に「治療反応性がない」と判断する基準（目安）が求められる。クロザピンやmECTが導入できる施設は現在限定されているが、これらが広がればクロザピン等まで使用しても変化がなければ治療反応性がないと判断するのは一つの目安になる。統合失調症で治療反応性がないとの理由で処遇終了とする場合は、精神保健福祉法による入院継続が前提となるが、他害リスクが一般の医療機関での管理に適応するか否かを念頭に置いて判断をすべきである。この場合の入院先はまだ高度の医療が必要であることを考えれば、その対象者の居住地であった地域の基幹病院、その地域の公的（政策）医療を担う市区町村立、都道府県立、国立系の病院などが候補となる場合もあろう。

2. 医療観察法による処遇は入院か通院か

医療観察法による処遇を行うとして、入院とするか通院とするかは対象者が置かれた状況により相対的な決定である。企画委員会では「入院による医療の必要がなくなり、対象者が医療の必要性を十分に認識し、通院医療に対する十分な同意が得られている場合」に通院としている。精神状態が改善しているだけでなく、対象行為や自らの疾病の内省が十分得られていることが前提となっている。これらの証明は過去の治療や処遇歴より類推し、また対象者を受け入れる個人的支援や社会的支援（コミュニティ要因）が存在することが重要であり、具体的な処遇実施計画を援助者と対象者が共有できることである。しかし当初審判の限られた時間でこれらを明確に証明できない場合は入院処遇から始まることが多い。この際に早期退院の計画に沿って入院治療が行われれば、入院・通院処遇の現実的な選択を容易にする。入院医療機関もこのことを銘記すべきである。

物質使用障害の対象者で精神病状態が改善し、一応は対象行為や依存への内省があるとして通院処遇が始まるが、その後に依存により再使用が頻回に起こり治療や処遇上の違反が重なる対象者がいる。不処遇とすべきケースであるが、フラッシュバックや短期間で一過性の精神病症状がある場合には不処遇とすることも迷うケースがある。この場合には構造的な心理教育を行う目的で入院治療より始められる場合がある。

移行通院では通院を担当する指定通院医療機関や地域の支援者の意向を、どの時期にどのように取り込むかが重要である。社会復帰調整官の生活環境調整に委ねられているが、総合的な社会復帰の観点で精神保健参与員の判断に期待すべきところである。

11. 退院許可申立審判における評価と着目点

退院許可申立審判における評価と着目点

1. 医療観察法審判における医療の必要性

刑事訴訟手続における鑑定は、『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』のに対して、医療観察法の鑑定では、『対象者の医療観察法における医療必要性について意見を述べる』ことになる。

医療観察法における医療必要性の判断

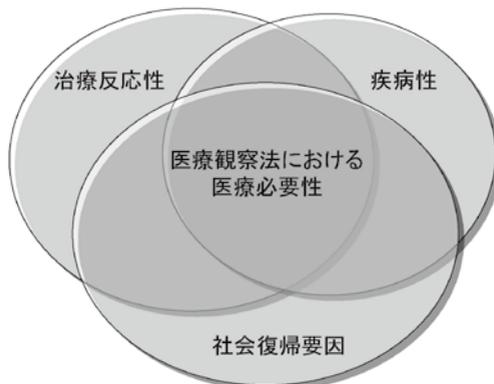
・ 医療観察法医療必要性の判断においては、鑑定医は下記に示す3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行い、意見を述べる。

医療観察法医療必要性に係る3つの評価軸

- ① 疾病性
- ② 治療反応性
- ③ 社会復帰要因

○ 時間軸

医療観察法3つの評価軸と医療必要性



医療観察法の審判とは、『対象者について医療観察法における医療必要性を判断する』ことである。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”の三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。

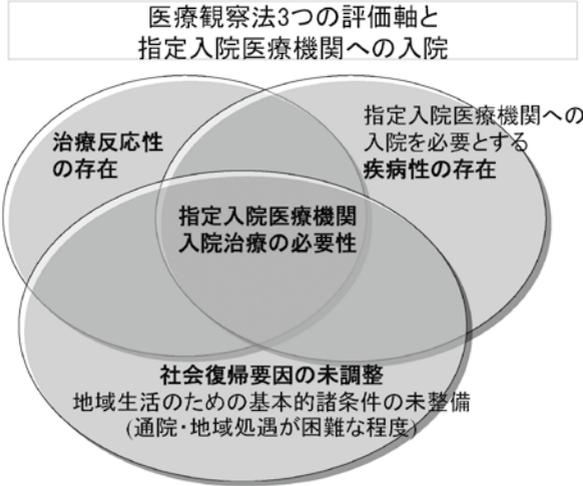
① “疾病性”とは『対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関連を意味する』。

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』。

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為されることになる。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であろう。

医療観察法において入院中、通院中の対象者については、治療やリハビリテーション、社会復帰援助等により“疾病性”や“社会復帰要因”のうちの双方、或いはどちらかが改善された場合には、指定入院医療機関や保護観察所より退院申立てや処遇終了の申立てが行われることになっている。その場合、「対象者が指定入院医療機関において、引き続き医療観察法での入院治療が必要なのか」、治療や退院調整などによって改善された現在の“疾病性”や“社会復帰要因”において、「対象者に継続的かつ適切な医療並びにその確保することが出来るか」、また、「必要な観察及び指導を行うことによって、同様の行為の再発の防止できる環境が整っているか」などが、審判において議論されることになる。



2. 疾病性と社会復帰要因

退院許可申立審判では、対象者の地域における処遇や環境要因などの“社会復帰要因”の評価や“疾病性”と“社会復帰要因”との関係性等が問題となることが多くなってきている。

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”の三つの評価軸を中心に行われている。医療観察法の当初審判においては、“疾病性”の有無やその重症度、“治療反応性”の有無等により、医療観察法における『入院治療』や『通院治療（入院によらない治療）』、『不処遇（医療観察法では処遇しない）』を判断する傾向が顕著で、“社会復帰要因”が重要視されることは比較的少なかった。当初審判において、“社会復帰要因”が“疾病性”と“治療反応性”とともに中心的な議題となるのは、対象者の精神症状が比較的軽く、医療観察法による通院治療や地域処遇の可能性が大きい場合が多かった。

しかし、医療観察法の審判において『退院申立て』や『処遇終了申立て』が増えていく都度に、退院申立審判や処遇終了申立審判において、“社会復帰要因”の重要性が認められてきている。また、当初審判においても、通院決定や不処遇の決定が予想以上に多く、そして、関係者の中で医療観察制度に対する理解が進み、地域での環境要因などを考慮することによる「入院と通院」、あるいは「通院と不処遇」等を迷う複雑なケースが認識されてきたことなどで、“社会復帰要因”の重要性がより意識され、事前協議（カンファレンス）や審判期日で

取り上げられる機会が増加している。

『退院申立て審判の判断』、『当初審判における通院治療（入院によらない治療）の判断』、『処遇終了や不処遇（医療観察法では処遇しない）の判断』など、地域処遇について具体的に考えなければならない審判において、“社会復帰要因”は、“疾病性”を補完する要因として、きわめて重要となってきた。それは、一般の精神医療においても、精神障害者が退院し、社会復帰していく過程では、医療機関、保健所、精神障害者関連の社会復帰施設などの援助体制の構築や家族も含めた関係者の調整など、医療観察法において“社会復帰要因”とされる援助の体制や緊急時対応（クライシスプラン）等が重要となることでも明らかである。

精神障害者のケアマネジメントや地域ケア計画を評価していくうえで必要なのは、精神障害者の精神症状、障害程度などの“疾病性”の把握と、対象者の生活スキルに対応した援助方法、社会復帰施設や福祉関連制度などの社会資源の活用、援助体制や緊急時対応（クライシスプラン）などの“社会復帰要因”についての内容の正確な理解である。また、病状（“疾病性”）と地域や家族などの環境要因や緊急時対応も含めた援助計画など（“社会復帰要因”）のバランス、その総合的な評価が重要となる。特に“疾病性”の重い、あるいは生活スキルなどに問題を抱えた精神障害者の社会復帰・地域生活では、これらの“社会復帰要因”とされる援助体制や緊急時対応（クライシスプラン）等を整えること、総合的な地域における処遇計画を作成することが必要であり、地域生活への円滑な移行には、非常に有効とされている。そして、これらは、精神障害者が地域で生活していくための重要な評価項目とされている。

一般の精神医療・福祉分野においても、退院できる病状と地域生活には、ある程度の隔たりがある場合が多く、それを埋めるものとして精神障害の社会復帰施設や福祉関連制度など社会資源が整備されてきた。医療観察法の対象者は、退院できる病状と地域生活の間に、より隔たりが大きくなる場合が多く、総合的な地域における処遇計画（医療観察法においては『処遇実施計画』）や環境要因など“社会復帰要因”に関する評価が、医療観察法の審判において重要になっている。また、精神保健審判員及び精神保健参与員は、医療観察法における社会的入院の防止や対象者の権利擁護の観点から、“疾病性”と“社会復帰要因”の評価とともに、“疾病性”と地域のケア計画等の進捗状況にも着目し、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等の関わり方自体について、是正の必要などの意見を伝えていかなければならない。

医療観察法 第42条《入院の決定》について 社会復帰の状況を考慮する具体例

第156回国会 法務委員会 第10号〔平成十五年五月八日〕議事録より抜粋

- 委員（浜四津敏子君）〔中略〕本人の病状、またそれに加えてその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、また同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるか否かといった事柄をも考慮するというお答えでしたが、少し具体的な例を挙げて御説明いただけないでしょうか。
- 衆議院議員（漆原良夫君）二点についての具体例を示せという御質問でございますので、例えば身近に適切な看護者がおりまして、本人を病院に通院させたり、あるいは定期的に服薬をさせるということが見込まれるような場合には、これは治療の継続が確保されるであろうというふうに考えるところであります。

また、もう一方の例は、例えば常に身近に十分な看護能力を有する家族がいらっしゃると。仮に、本人の病状が悪化して問題行動に及びそうになった場合に、直ちに適切に対処することが見込まれるような場合には、同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるであろうというふうに考えております。

12. 医療観察法審判と通院処遇

1. 医療観察法当初審判における通院処遇の決定の在り方

医療観察法による医療の必要性については、3要件を前提として決定されるが、その医療が入院による医療か入院によらない医療かを判定する場合には、本人の病状や地域処遇の状況などから総合的に判断しなければならない。当初審判のための医療観察法鑑定では、前記の3要件に関する判定のほか、医療観察法による医療が必要と認めた場合には、入院による医療か入院によらない医療かを判定するために、すなわち、対象者の精神症状、性格傾向、生活技能、家族状況等、対象者の全体像を明らかにするために、鑑定は多職種チームで行われることが勧められている。臨床心理技術者による心理検査等の評価、看護師による病状観察報告、薬剤師による薬剤の反応性評価、さらに、作業療法士による評価、精神保健福祉士からの対象者の生活環境や状況、家族についてなど社会復帰要因に関する情報が鑑定書に記載され、共通評価項目の評価についてもチーム全体で議論のうえで確定される。入院か通院かの判定については、最終的には、鑑定医の責任においてなされるが、鑑定チームの意見や同僚医師の意見をえることで判定は確実なものとなる。審判では、これに加えて、社会復帰調整官からの生活環境調査結果報告書が加わり、さらに、精神保健参与員の意見をききながら合議体が決定を下すことになる。

入院か通院かの判定においては、絶対的な判断基準はなく、対象者の病状とともに、地域における支援体制の整備状況が影響を与える。あえて入院によらない医療の適用基準をあげるとすれば、平成17年6月に司法精神医療等人材養成研修企画委員会・医師部会が発表した適用基準では「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に認識し、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。」とある。また、後述するが、入院医療における「社会復帰期の到達目標」や「退院申し立て時の評価」等が参考となる。実際の判定では、比較的都市部で、デイケア、訪問看護ステーション等が整備されている場合には、通院処遇を選択しやすい。また、本人の病状を見守ることができる家族が存在している場合や、夜間についても見守りが可能な居住施設の存在する場合には通院の可能性が高くなる。

2. 当初審判からはじまる通院処遇（直接通院）

当初審判の結果、入院医療を経ずに直接に通院処遇となる場合が少なくない。事例としては気分障害や物質使用障害が入院医療に比較して多い。地方裁判所における審判では、カンファレンスも含めて協議を繰り返した後に、決定をするわけであるが、対象者に決定を言い渡す場合には、既に、指定通院医療機関が内定

し、また、居住施設についても確保されている必要がある。特に重要なのは地域の関係機関が連携して「処遇の実施計画」の原案が策定されている必要がある。このために、合議体で通院処遇の決定から対象者への決定の申し渡しまでには1週間以上の期間を裁判所は置いてくれるのが通常である。

対象者は、決定の申し渡しを受けた直後から通院医療が開始されるために、この時点で、医療観察法の基礎的説明や権利擁護に関する説明も含めて行われる必要がある。引き続き、処遇の実施計画について、本人とその家族の同意を得る努力が必要である。とくに、病状悪化時の対応については、十分に説明を行っておく必要がある。

3.退院許可申立審判からはじまる通院処遇（移行通院）

司法精神医療の入院医療では、社会的入院となりやすく、3要件のうち一つでも消滅した場合には、直ちに退院の検討に入るべきであるが、基本的には、社会復帰期における退院準備の進行状況から判断して決定すべきである。

入院処遇ガイドライン中の入院治療「社会復帰期の到達目標」を要約すると、①疾病に関する病識及び自らの行為に関する内省を深める、②服薬自己管理を経て服薬や治療の継続性を理解、③自ら置かれている法的及び医療的な状況を理解して、必要に応じて他者の協力を得る、④外泊を体験しながら、具体的な場面における自己主張、怒りや衝動性のコントロール、⑤社会資源の活用の体験。また、退院申立時の評価では、①共通評価項目による評価、②社会復帰期の到達目標の達成、③入院処遇における治療の改善が見込まれない場合。このような評価は、内定した指定通院医療機関との密接な連携に基づいて行なわれなければならない。

指定通院医療機関に移行後、病状悪化に陥る対象者を分析すると、比較的早期に病状悪化を示していることが分かる。医療観察法で再入院した25例についてみると72%が6か月以内に病状が悪化している（表1）。

表1 「再入院例20例の分析」

| | 移行例 | 直接例 | 合計 |
|----------------------|-----|-----|-------|
| 1ヶ月以内 | 2 | 3 | 5 |
| 2～3ヶ月 | 7 | 2 | 9 |
| 4～6ヶ月 | 3 | 1 | 4 |
| 7～12ヶ月 | 2 | 2 | 4 |
| 13ヶ月以上 | 2 | 1 | 3 |
| 推定された病状悪化の原因 | | | |
| 物質使用障害、または、併存 | | | 6 |
| 知的障害の併存 | | | 1 (4) |
| 病状から通院決定に無理があった | | | 3 |
| 病識の欠如や服薬継続の必要性の理解の問題 | | | 9 |
| ストレス耐性の弱さ | | | 6 |
| () は複数原因として影響があったもの | | | |

また、精神保健福祉法入院についてみると、約30%が処遇途中で病状悪化のために再入院をしており、そのうち約40%は通院開始から6ヶ月以内であった。このように地域へ移行後には比較的早期に病状が悪化していることが示されている。特に、原因別では、「物質使用障害の併存」と「病識等の欠如」が問題としてあげられる。これらの一部は、入院中の治療の不十分さが挙げられる。他方、ストレス耐性の弱さ等、新たな環境では容易に病状が悪化する事例も見受けられる。このようなことから「物質使用障害併存例」や「病識欠如例」への十分な対応が望まれる。具体的には治療プログラムの再検討が必要となる。「ストレス耐性の弱さ」では、指定入院医療機関内の療養環境が良好であるために、地域内での適応性が低下していることが見逃されている可能性がある。このためには、指定通院医療機関への移行では、居住環境も含めて、十分に時間をかけて数多く外泊などを繰り返すことが必要と思われる。とくに、社会復帰調整官や指定通院医療機関スタッフと本人の信頼関係の構築が重要な鍵となる。

通院処遇の途中で、精神保健福祉法による入院が行われた状況を調査してみると、53%が任意入院であり、また、36%においては入院は「病状から見て早めの入院であった」としている。このような結果は、病状悪化時の「クライシスプラン」の策定が極めて重要であることを示している。

4. 通院処遇の開始から処遇の終了まで

通院処遇では3年以内に処遇終了となることを目指している。通院処遇ガイドラインで規定されている処遇終了の指標を摘記すると、共通評価項目を参考とするほかに、①症状が改善し、一定期間病状の再発がない、②処遇終了後も継続的な治療が実施できる、③終了後も服薬管理や金銭管理等の社会生活能力が確保されている、④終了後も安定した治療を継続するための環境整備と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における支援体制が確立している。

この目標に到達する過程では、対象者は、法43条2項に示されている入院によらない医療を受ける義務と、それを実現するための精神保健観察（法106条、107条）によって強制通院の枠組みが構成されている。さらに、処遇の実施計の策定と、指定通院医療機関が行う多職種チームによるアウトリーチを交えた医療と生活支援体制が敷かれる。通院処遇においては、後者の手厚い支援体制が大きな効果を示すが、不安定な初期においては強制通院の枠組みが一定の効果を示している。特に、訪問看護師が行うアウトリーチの機能は対象者の生活を支援する意味で大きな効果を示している。

【文献】

- 1) 司法精神医療等人材養成研修会ガイドライン集
- 2) 松原三郎 平成24年度「専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究」厚生労働科学研究報告書分担研究「指定通院医療機関の治療機能の向上と多職種・多機関の連携を効果的に行う方策に関する研究」

1.3. 医療観察法審判で「社会的入院」を評価する必要性と重要性

1.はじめに

欧米諸国を中心に、精神科関連の統一した国際統計に協力しているOECD諸国では、そのほとんどの国が、心神喪失等により重大な他害行為等を行った精神障害者の治療や処遇に、司法機関が関与する司法精神医療 [forensic psychiatry/ (community) forensic mental health services]と言われる制度を整備し、運用している※1。また、これらの国では、司法精神医療を始めた歴史も古く、その制度の運用が100年以上を超える国も少なくない。このような国際的な司法精神医療の状況の中、2007年の医療観察法の施行にともない、司法精神医療制度の運用を本格的に開始した我が国は、最近になって新たに司法精神医療を行い始めた国として、その運用や施行状況の内容が、海外からも注目されている。

精神医療における入院期間が、治療以外の要因で長期化しやすいことは、精神医療の関係者の中では、よく指摘されることである。司法精神医療においては、特に、その傾向が強いと言われている。そのため、「司法精神医療と社会的入院」の問題は、司法精神医療において長い歴史と経験を持つ欧米諸国などにおいても、未だに、司法精神医療に携わる関係者が取り組んでいる大きなテーマとなっている。

※「社会的入院」= 医療的には入院での治療の必要がなく、通院での治療等で可能であるにもかかわらず、治療以外の要因（社会や地域、家族等の環境調整など）で、入院が長期に継続している状態。

我が国は、一般精神医療においても、社会的入院の解消が未だ進んでいないことから、医療観察法の立法段階においても、しばしば、国会において「司法精神医療と社会的入院」の問題が取り上げられ、医療観察法の入院対象者が、社会的入院として長期入院となる懸念が、関係議員や関係職能団体、有識者などより表明されていた。そして、国会においては、それらの関係者より、入院や退院に伴う手続き、司法の関与の意義や審判の役割など制度の運用について詳しく確認が行われた※2、※3。また、社会復帰に向けての取り組みや地域の支援体制についても、国と都道府県、市区町村の連携体制と役割分担、保護観察所と地域の精神医療・保健・福祉の各種専門機関との支援、協力体制などが、詳細に検討され、法律が成立した経緯がある。

この章では、「司法精神医療と社会的入院」、特に、「医療観察法審判における入院継続決定及び退院許可決定と社会的入院」を中心に、我が国の医療観察法とこの問題について、長い関わりと経験を持つ欧米諸国、とりわけ医療観察法の直接のモデルである英国の司法精神医療制度を対比させながら、医療観察法審判における入院継続決定及び退院決定と社会的入院への各種配慮の必要性や意義、問題点などを明らかにしていく。

2. 司法精神医療と社会的入院

1) 欧米諸国における司法精神医療と社会的入院の経緯

欧米諸国では、1960年頃より一般精神科医療における社会的入院が徐々に解消されてくるなかで、1980年頃になっても、社会的入院の解消があまり進まなかった司法精神医療が批判されて、精神障害者の人権問題として取り上げられていった過去がある。英国でも、一般精神科医療における社会的入院の解消されてきた1970年代後半頃においても、過剰収容や社会的入院の常態化していた高度保安病院（当時の司法精神医療の中核的入院施設／ブロードモア高度保安病院など）が、精神障害者の人権侵害問題として、マスコミなどに大きく取り上げられ、社会問題化していった。

英国の場合、このことが、英国政府の司法精神医療制度の大胆な政策的転換に繋がり、①司法精神医療の入院治療施の中心施設を、収容型の1000床規模の「高度保安病院（英国で4箇所のみ）」から、退院と社会復帰を目的とした入院治療施設である30～100床程度の「地域保安病棟」に変更した。そして、「地域保安病棟」を、一般精神病院内のひとつの病棟として設置し、各地域ごとに、全国に整備していった。この「地域保安病棟」が、我が国の医療観察法病棟のモデルとなっている。

また、英国では、②司法精神医療に対応出来るケア・マネジメント手法の開発とアウトリーチチームの活用を積極的に行い、③司法精神医療における国と地方自治体の役割分担と責任所在等の明確化した制度整備を行い、④精神医療・保健・福祉の従事者、専門家への司法精神医療関連の退院調整、地域での社会復帰支援方法の研修や司法精神医療と人権の問題等の倫理教育等を充実させていったことなどにより、司法精神医療の社会的入院の解消について、一定の成果を上げ、現在では、欧州諸国の中でも、この分野で高い評価を得ている。

しかし、このような英国においても、司法精神医療における社会的入院は、依然として精神障害者の人権侵害となる重要な問題として、司法や行政機関、精神医療・保健・福祉の各関係者に認識され、取り扱われている。

2) 医療観察法の審判形態と意義

海外では、司法精神医療における医療の開始や終了など、対象者の処遇の判断については、医療機関だけでなく、裁判所などの司法機関を、何らかの形で関与させていることが多い。特に、欧米諸国では、「司法精神医療における社会的入院」の懸念が大きい。そのため、拘束力の強いこのような司法精神医療の専門病棟などへの入院や退院の判断については、病状等の正確な判断とともに重大な人権侵害を伴う決定であるという側面からも重要視されており、司法機関を関与させる形で、慎重に取り扱われる傾向が強い。

我が国の医療観察法のモデルとなった英国においても、司法精神医療における

司法機関の判断は、重要視されている。そして、退院許可申立等についても、裁判官の関わる「精神医療審判（Mental Health Tribunal）」が開かれるという制度が整備されている。この英国の「精神医療審判（Mental Health Tribunal）」は、「裁判官」とともに、申立が行われている医療機関以外の「精神科医師」と「司法精神保健、福祉の専門家（地域や医療機関、保護観察所等で司法精神医療に長く携わったソーシャルワーカー、保健師など）」の3者の審判体により構成されることになっている。これは、司法精神医療の対象者の処遇の決定については、司法の関与が重要ではあることとともに、このような申立の判断については、司法だけではなく、司法、精神医療、精神保健福祉、それぞれの分野の専門的視点による総合的な判断が必要とされるからである。

我が国の医療観察法でも、決定の方式等に若干の違いはあるが、このような考え方が取り入れられている。そのため、医療観察法での入退院の判断は、裁判所において行われるが、その決定には、裁判官とともに、「精神保健審判員（第三者的立場の精神科医）」が決定に参加し、「精神保健参与員（精神保健福祉分野で豊富な経験を持つ精神保健福祉士、保健師等の専門家）が、決定に関与する仕組みとなっている。

3. 司法精神医療における医療の必要性と社会的入院

欧米諸国では、我が国にくらべ一般精神医療における社会的入院の解消について、一定の成果を出しているところが多い。そのため、欧米諸国の精神医療・保健・福祉の従事者や専門家からは、「社会的入院」といえば、「一般精神医療」より、まず「司法精神医療」による危険性が指摘されることが多く、「社会的入院」を「司法精神医療における社会復帰支援、退院促進の重要性」や「精神障害者の人権侵害」の問題として認識している。特に、英国では、その傾向が強く、司法精神医療における社会的入院の問題を重要視し、対象者の「（入院）医療の必要性」、そして、精神疾患に対する「疾病性」や「治療反応性」を重視して、制度運営を行っている。

これには、1970年代後半に司法精神医療における社会的入院が英国国内で大きな社会問題となったことも、影響を与えているといわれている。そして、当事者でもある医療機関や担当行政機関等の事情や思惑、犯罪についての治療者の思いなどをできるだけ排除し、「このような法的にも、物理的にも非常に拘束力の強い司法精神医療の専門施設を使用して入院医療をしなければならないような病状、症状が、現在の対象者にあるのか」「司法精神医療による治療と称しながら、治療可能性（治療反応性）のない対象者を無期限で医療機関内に拘束する状況となっていないのか」「患者が精神症状以外の退院予定地域の環境調整などのような名目で、不当に長い期間、入院継続させられていないか」などを、公平・

中立の客観的な立場である司法機関が判断する仕組みを整え、制度の信頼性を維持している。

英国をモデルとした我が国の医療観察法にも、このような配慮がなされており、また、立法府（国会）の審議過程の中でも、司法精神医療における社会的入院について、質問が多くされている。そして、立法提案者である政府側の答弁として、以下のような説明がなされている。

①『（医療観察法の）第1（条）は、本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとするについてです。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・・・』、

②『対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認められる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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なだけが対象となる』、

③『具体的には、例えば対象者が有する精神障害が治療可能性のないものである場合や、あるいは対象行為を行った際と同様の症状が再発する具体的、現実的な可能性がない場合には、その精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要であるわけでもなく、また、その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であるわけでもありませんので、入院や通院の決定は行われぬ』

4. 退院許可申立等の取り扱い

英国では、人格障害など治療反応性に疑義がある、或いは、精神症状が落ち着いており、入院治療を継続しなければならない状況が薄れているなどの理由で、入院中の対象者が社会的入院となっている危惧がある場合には、入院医療機関の担当治療チームは、退院許可申立てや医療終了申立てを行うことができる。

また、このような社会的入院などを根拠した「退院許可申立て」や「医療終了申立て」は、入院医療機関側だけでなく、入院中の対象者自身も行うことができる。そして、入院医療機関側は、対象者の保障された権利行使である「退院許可申立て」や「医療終了申立て」などについては、できる限り尊重し、協力していく体制を整えている。具体的には、担当病棟の精神保健福祉士などが、対象者に手続き方法を説明し、申請を援助したり、病院外の管轄する地方自治体や人権擁護団体などを紹介し、必要な協力依頼を行うなど、積極的な支援を行っている。

このような外部の人権擁護団体の弁護士や精神科医の協力により、「精神医療審判(Mental Health Tribunal)」では、人権擁護団体などの弁護士が同席するこ

とも多く、また、入院中の対象者自身が、人権擁護団体に所属する医師の協力を得て、自ら「自分は、人格障害であるため『治療反応性』には疑義があり、司法精神医療を行う入院医療機関での入院治療は、意味が無く、現状では、社会的入院となっている」として、医療終了申立てを行うようなこともある。このように英国では、司法精神医療と社会的入院についての問題は、精神障害者の人権侵害の重要な問題として十分に認識されており、司法機関が、司法精神医療の入退院について、その判断に関与し、社会的入院など司法精神医療における人権侵害をチェックできる仕組みを整えている。

5. 医療観察法の国会審議過程における社会的入院

我が国においても、医療観察法の立法過程で、医療観察法における「司法精神医療における社会的入院」の問題が、立法府（国会）で、中心的な議題として大きく取り上げられていた。特に、我が国の場合、一般精神医療における社会的入院の解消が進んでいないことから、立法府（国会）側にも、我が国の精神医療の入院制度と医療機関に対する不信感が強くあった。そのため、医療観察法における入院治療については、社会的入院となる危惧が国会の法務委員会などの質問で再三、取り上げられている。

これらの質問に対しては、立法提案者である政府側の答弁として、①『入院期間が不当に長期にわたることがないようにするため、原則とし6ヶ月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認する』ことになっている、②『指定入院医療機関の管理者がその時点の病状等を考慮して常にこれを判断し、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直ちに裁判所に対し退院の許可の申立てをしなければならない』とされている、③『入院患者側からも裁判所に対し退院の許可の申立てをすることができる』ことなどにより、医療観察法においては『治療のために入院をする必要があるという判断がなされた場合に入院治療が行われる』はずであり、「社会的入院」となる懸念はないとの説明がなされている。

6. 司法精神医療の社会的入院についての認識

1) 欧米諸国における司法精神医療の社会的入院についての認識

司法精神医療に豊富な経験を持つ欧米諸国においても、司法精神医療の対象者社会復帰支援や退院調整は、高度な専門的知識や判断を要し、そして、時に危険も伴う難しい職務とされている。ただ、欧米諸国の精神医療・保健・福祉の従事者や専門家は、この職務に関わることを一人の対象者の社会復帰の問題のみならず、「社会的入院」を解消し、そして「精神障害者の人権侵害」を無くしていくための重要な社会的責務と捉えていることが多い。司法精神医療の対象者の社会

復帰支援や退院調整については、精神医療、保健、福祉の関係機関が有機的に連携し、手厚い支援体制を行う必要があるが、そのため英国では、実際に、多数の精神医療、保健、福祉の従事者や専門家が、司法精神医療の対象者の社会復帰支援や退院調整に関わり、欧州では、高い評価を得ている。

2) 我が国における司法精神医療の社会的入院についての認識と現状

一方で、最近まで司法精神医療のシステムを持たなかった我が国では、精神医療・保健・福祉の従事者や専門家が、制度への知識や経験の不足による不安などがあるために、「司法精神医療は、『精神医療』ではない特別なもの」、「関わるべき領域の職務ではない」などの間違った意識を持ちやすくなっている。それが、それぞれの個人的な思いや職場の事情、環境などとあいまって、医療観察法の対象者の支援への抵抗感を強くし、拒否的になってしまうなどの対応に繋がっている状況が見られる。

医療観察法の立法過程では、精神医療・保健・福祉関係の職能団体や専門家、地域の精神保健行政を担当する都道府県などの行政機関の代表団体などから「司法精神医療における社会的入院や人権侵害への危惧」などの懸念や、「退院調整や地域ケアにおける国や地方自治体及び、精神医療、保健、福祉の各関係機関などの積極的な支援の必要性」、「各関係機関の有機的な連携体制の重要性」などの意見が強く出されていたはずである。しかし司法精神医療における現場レベルでは、社会的入院や人権侵害への危惧、支援の必要性、連携体制の重要性などの認識があまり浸透していないとの指摘がなされている。そして、欧米諸国では、ケア会議など公式の場所でまず見られない精神医療・保健・福祉の従事者や専門家からの「社会的入院の継続を肯定する」ような発言が、我が国では、精神医療・保健・福祉の従事者や専門家からは、入院対象者の退院調整のためのケア会議などで聞かれるとの報告も散見されている。

3) 我が国の司法精神医療と社会的入院を取り巻く状況

司法精神医療についての歴史も長く、その問題点や課題なども良く理解して関わっている英国に比べ、司法精神医療が始まったばかりである我が国では、現場の精神医療・保健・福祉の従事者や専門家に、司法精神医療における社会的入院についての危機意識が希薄になりやすい。これには、一般精神医療でさえ、社会的入院が解消されていない我が国の特殊な精神医療の環境の影響も強いと思われる。このような状況のため、我が国では、司法精神医療における社会的入院が、精神障害者の重大な人権侵害にあたるとの意識が、現場まで浸透しているとは、言いがたい状況である。

現在までのところ、我が国の指定入院医療機関側のスタッフや保護観察所の社会復帰調整官は、対象者の退院促進、社会復帰支援のモチベーションが強く、退院援助を非常に積極的に行っているためもあり、また、制度施行後間もないこともあり、医療観察法での社会的入院の問題は、まだ、あまり顕著ではないかもしれない。しかし、前述したように、我が国では、司法精神医療における社会的入院が重大な人権侵害であるというコンセンサスが、現場の精神医療・保健・福祉の従事者や専門家のなかには、まだ、確立されているとは言えない。このような我が国の環境のなかで、指定入院医療機関側のスタッフや保護観察所の社会復帰調整官が、今後も、引き続き対象者の退院促進、社会復帰援助のモチベーションを維持し、退院援助を積極的に行っていけるかは、疑問が残るところである。

また、海外などの例では、本来、指定入院医療機関や保護観察所は、地域の精神医療・保健・福祉のなどに比べ、より長期的な入院を肯定しやすい傾向にあると言われている。そして、指定入院医療機関や保護観察所は、事件報道や世論の動向に影響を受け極端に萎縮し、結果として、社会的入院を助長してしまうような傾向も強いとされている。

このような我が国の状況などから、司法精神医療における社会的入院が、徐々に常態化してしまう懸念は、依然として大きいと思われる。

7. 医療観察法審判における精神保健審判員、精神保健参与員の役割

我が国で、司法精神医療における社会的入院が許容されていないことは、医療観察法の条文や前述の立法主旨からも明らかである。また、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（42条）」「退院の許可又は入院継続の確認の決定（51条）」に明確に規定されている。また、国会（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・・・」と説明されている ※2 ※3。

医療観察法の指定入院医療機関の社会的入院に関連して、国会の審議過程の中で、過去のハンセン病患者の社会的入院の問題が、しばしば対比的に言及された。我が国は、ハンセン病患者の隔離治療の政策において、欧米諸国で、科学的根拠がなく人権侵害の問題が大きいとして、隔離治療の政策をやめた後も、長期にわたって隔離治療の政策を続けた歴史がある。現在では、日本政府も、その誤りを認め、その反省に立った政策を行っており、国民の意識も大きく変わっている。しかし、当時は、入院医療を継続する根拠の無くなった隔離自体が重大な人権侵害であるにもかかわらず、「（隔離の廃止が）絶対に安全だと言えるのか、何か問題が起こったときには、責任がとれるのか」「（欧米では、そうかもしれ

ないが）、日本では、まだ、環境が整っていない」、「家族や地域の関係者が、患者の受入に非常に困っている（反対している）」、「本人もここ（隔離施設）にいる方が、本当は幸せである」など、治療以外の要因で、入院が長期に継続していること（社会的入院）を容認する意見が、一般国民からだけではなく、医療・保健・福祉の従事者や専門家からも出されていたのである。

前述のとおり、英国など欧米では、司法機関が、司法精神医療における社会的入院のチェック機能を果たしている。我が国でも、国会で、医療観察法における社会的入院の危惧を指摘した質問に対して、立法提案者は、「（指定入院医療機関の入院中の対象者については、）原則とし6ヶ月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認すること」、「指定入院医療機関の管理者がその時点の病状等を考慮して常にこれを判断し、入院継続の必要があると認めができなくなった場合には直ちに裁判所に対し退院の許可の申立てをしなければならない」こと、「入院患者側からも裁判所に対し退院の許可の申立てをすることができること」などをあげ、入院継続決定や退院決定にも必ず裁判所が関わり、審判において、入院継続の要件として入院治療の必要性が確認されるので、「社会的入院」となる懸念はないと答弁し、社会的入院に対して裁判所のチェック機能が働くことを強調している。

医療観察法の法施行当初は、当初審判に注目が集まる中で、入院継続申立審判や退院許可申立審判は、件数も少なかったこともあり、その重要性があまり認識されていなかった。しかし、前述したように、海外では、裁判所による入院継続申立審判や退院許可申立審判は、司法精神医療制度の運用を公正・中立な立場からチェックし、退院決定を適正に行う手続きとして、非常に重要視されている。そして、裁判官とともに、司法、精神医療、精神保健福祉の各分野の専門家が総合的に判断し、審判決定をすることの意味は大きいと評価されている。

精神保健審判員、精神保健参与員は、普段は病院や地域の精神医療・保健・福祉に関与している従事者や専門家であり、社会的入院になりつつある状況について、人権擁護と地域の環境や個別の事情などを考慮しながら難しい判断をせまられる場合も多いであろう。

それでも、精神保健審判員及び精神保健参与員は、前述のような国会における審議過程や立法主旨、法制度の適正な運用、そして、過去の過ちなども念頭におき、それぞれ精神医療、精神保健福祉分野の専門家として総合的な判断を行い、意見を言うのみならず、裁判官とともに公正・中立な立場から社会的入院を厳正にチェックする役割も求められていることを理解していなければならない。

医療観察法審判ハンドブック内（目次参照）：

- ※ 1 「精神疾患等により責任無能力等の状態で犯罪に当たる行為をした者の審判制度に関する海外比較」
- ※ 2 【国会議事録（医療観察法関連）】「国会（立法府）における医療観察法の重要事項について立法主旨説明、解釈等」
- ※ 3 【重要法文とその解釈（医療観察法関連）】Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ

医療観察法審判の考え方 〔資料編〕



1. 【国会議事録（医療観察法関連）】

「国会（立法院）における医療観察法の重要事項について立法主旨説明、解釈等」

《目次》

1. 医療観察法 第1条《目的等》について

【本制度の処遇に携わる者の自覚と責務について明らかにする】

-平成14年12月3日 第155回国会 法務委員会-

2. 医療観察法 第20条《社会復帰調整官》について

【保護観察所に、新たに社会復帰調整官として、精神保健福祉士の有資格者など、必要な専門的知識を有する者を配置する】

-平成14年12月3日 第155回国会 法務委員会-

3. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について

①（入院等の要件）

【本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとする】

-平成14年11月27日 第155回国会 法務委員会-

4. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について

②（医療観察法の対象となる者）

【本制度による処遇の対象となる者は、対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認められる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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な者だけが対象となることを明記する】

-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-

5. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について

③（社会復帰の状況を考慮する具体例）

【本制度による本人の病状、またそれに加えてその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、また同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるか否かといった事柄をも考慮することの具体例】

-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-

6. 医療観察法における人格障害について

【本制度の対象者の要件における人格障害の取り扱いについて、人格障害のみを有する者は、我が国では、一般的に完全な責任能力を有する解されており、人格障害を前提に責任能力が否定される、あるいは減弱されるということは一般的にあり得ないとされている】

-平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会-

《目次》

7. 医療観察法における入院期間の長期化を避けるための医療観察法審判（入院継続申立審判、退院許可申立審判等）の役割について

【本制度において、原則として、6ヶ月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認し、裁判官とそして精神保健審判員（精神科医）との間で協議をし意見が異なった場合、軽い方（人権侵害の少ない方）を採用するなど、必要以上に入院をさせていくということ避ける】

-平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-

8. 医療観察法 第49条《指定入院医療機関の管理者による申立て》、第51条《退院の許可又は入院継続の確認の決定》について

【指定入院医療機関における入院期間が不当に長期にわたることがないようにするための6か月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認すること、及び指定入院医療機関の管理者の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、直ちに退院の許可の申立てを行う義務等について】

-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-

9. 医療観察法の地域社会における処遇についての見解①

【地域処遇（通院処遇）における国〔保護観察所〕と地方自治体〔都道府県、市町村、精神保健福祉センター、保健所等〕の役割分担と連携体制等について】

-平成14年7月12日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-

10. 医療観察法の地域社会における処遇についての見解②

【地域処遇（通院処遇）における保護観察所、都道府県・政令市等の精神保健福祉センター、保健所等の位置づけ、役割等について】

-平成14年7月12日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-

※【第154～156回国会 法務委員会及び厚生労働委員会 議事録】、【「心神喪失者等医療観察法及び審判手続き規則の解説」最高裁判所事務総局刑事局（平成17年3月）】より抜粋のうえ、一部改変[下線加筆等 医療観察法審判ハンドブック作成委員会]

国会（立法府）における医療観察法の重要事項について立法主旨説明、解釈等

※以下、法務委員会、厚生労働委員会の委員、大臣、政府参考人の役職等は、全て当時のもの

1. 医療観察法第1条 《目的等》について

第1条 この法律は、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いう。以下同じ。）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。

2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。

【本制度の処遇に携わる者の自覚と責務について明らかにする】

-平成14年12月3日 第155回国会 法務委員会-

※修正案の提案者の1人である〇〇衆議院議員は、次のように答弁している。

「ただいまご質問の責務のことですが、本制度は、言うまでもなく法案の第1条に規定されておりますように、適切な医療を継続的に行う、このような医療を確保するために必要な観察等を行うということで、本人の病状の改善とこのような病状の改善に伴って社会復帰を促進するという最終的な目的があるわけでありまして、・・・したがって、この制度に携わる者は、当然、このような本制度の目的を踏まえてこの処遇の対象となる者の円滑な社会復帰に努めるべきである、このことから、この点を法文上明確にすることをまずする。本制度の処遇に携わる者の自覚を促すとともにその責務を明らかにするためにこのような規定を加えたということでございます。」

2. 医療観察法第20条 《社会復帰調整官》について

【保護観察所に、新たに社会復帰調整官として、精神保健福祉士の有資格者など、必要な専門的知識を有する者を配置する】

-平成14年12月3日 第155回国会 法務委員会-

※修正案の提案者の1人である〇〇衆議院議員は、次のように答弁している。

「・・・それから、保護観察所は、今までと少し趣は違いますが、地域社会における今回の処遇のいわばコーディネーターとして、精神保健観察のみならず、例えば生活環境の調整であるとか、それから処遇の実施計画をつくらないといけない、それから指定医療機関あるいは保健所、こういったところの協力を

制を整備する、あるいはそれぞれの関係機関の連携を確保するためにこのコーディネーター役をするわけでございます。

そういうときに、ここで携わる者が、これまでの名前でいきますと精神保健観察官、観察官という言葉が、いかにも監視をしている、こういう旧来型のイメージが強かったものですから、ここはやはり社会復帰調整官と。たかが言葉かもわかりませんが、しかしそれど言葉でありまして、これについては、事務の内容にかんがみまして、精神保健福祉士の有資格者を初めとする、この制度による処遇の実施に当たって必要な精神保健あるいは精神障害者福祉などに専門的な知識を持っている方々がやはり必要不可欠であろうということ、精神保健福祉士、あるいは場合によっては看護師の皆さんでこういう資格というか条件を満たしている方々などは当然入ってくると思うわけでありましてけれども、こういった方々についていただいて、そして法文上も明確にそれをあらわすためにこの名前にさせていただいた、ということでございます。」

3. 医療観察法 第42条《入院等の決定》について①

（入院等の要件）

【本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとする】 -平成14年11月27日 第155回国会 法務委員会-

※本法による処遇の要件の修正の趣旨について、修正案の提案者の1人である〇〇衆議院議員は、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において、次のように述べている。

「第1は、本制度による入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとするについてです。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とともに、仮に医療の必要性が認められる者であっても、そのすべてを本制度による処遇の対象とするのではなく、その中でも、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な者だけが対象となることを明確にするため、政府案の関連する規定を修正するものです。」

※また、同じく修正案の提案者の1人である〇〇衆議院議員は、平成15年5月8日の参議院法務委員会において、次のように答弁している。

「・・・今回の修正案の最も重要な点の1つは、政府案の心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合という要件を、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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合に修正したということにあります。

政府案のこの要件につきましては、衆議院における審議等を通じて3点、問題点が指摘されました。第1点は、入院等の決定を受けた者に対して、言わば危険人物とのレッテルを張るような結果となって、そのためにかえって本人の円滑な社会復帰が妨げられることにならないか。第2点として、円滑な社会復帰を妨げることとなる現実的かつ具体的なおそれがあると認められる者だけではなくて、漠然としたそういう危険性のようなものが感じられるにすぎない者にまで本制度による処遇の対象となるのではないか。3番目、特定の具体的な犯罪行為や、それが行われる時期との、時期の予測といった不可能な予測を強いることになるんじゃないか。

この3点、指摘されたところでありますが、そこで、このような批判を踏まえて修正案によって、本人の精神障害を改善するための医療の必要性が中心的な要件であることを明確にするとともに、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制度による処遇の対象となることを明確にすると。そうすることによって入院等の要件を明確化し、本制度の目的に即した限定的なものとするというためにこのような修正を行った次第でございます。」

4.医療観察法 第42条《入院等の決定》について② (医療観察法の対象となる者)

【本制度による処遇の対象となる者は、対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認められる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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な者だけが対象となることを明記する】-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-

※「その精神障害のために同様の行為を行う具体的・現実的な可能性」の有無を判断し、これが認められる場合でなければならないことについて、修正案の提案者の1人である〇〇議員は、平成15年5月8日の参議院法務委員会において、次のように答弁している。

「修正前の政府案の要件は、先ほど申し述べたとおり、心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると認める場合というものでありまして、その中には医療の必要性とか対象者の社会復帰といった観点が明記されておりません。先ほどお答えしたような、様々な批判がなされたところであります。

これに対して、修正案の要件は、本制度による処遇の対象となる者は、対象行為を行った際の精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要と認め

られる者に限る。2番目に、このような医療の必要性が認められる者の中でも、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な者だけが対象となることを明記する、明確にすることによりまして、本制度の目的に即した限定的なものとしたものであります。政府案に対する様々な批判を踏まえて、その問題を解消するため政府案の要件を修正したわけでございますが。

したがって、例えば政府案に対しては、単に漠然とした危険性のようなものが感じられるにすぎない、そういう場合でも本制度による処遇の対象となるのではないかとの批判がありましたが、修正案では、このような場合であっても対象行為を行った際と同様の症状が再発する具体的、現実的な可能性もないような場合には、その精神障害のために再び同様の行為を行う可能性はないので、本制度による処遇は行われたいということが明白となっているのであります。」

「合議体を構成する裁判官と医師である精神保健審判員は、共同して個々の対象者について対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰することを促進するため、この法律による医療を受けさせる必要があると認められるか否かを判断することになるわけでございますけれども、具体的には、例えば対象者が有する精神障害が治療可能性のないものである場合や、あるいは対象行為を行った際と同様の症状が再発する具体的、現実的な可能性がない場合には、その精神障害を改善するためにこの法律による医療が必要であるわけでもなく、また、その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であるわけでもありませんので、入院や通院の決定は行われたいということになります。

このように、この法律による処遇の要否、内容の決定に当たっては、個々の対象者についてその精神障害の医療の可能性、必要性やその精神障害のために社会復帰の障害となる同様の行為を行う具体的、現実的な可能性の有無を判断する必要があります...」

5.医療観察法 第42条《入院等の決定》について③

（社会復帰の状況を考慮する具体例）

【本制度による本人の病状、またそれに加えてその生活環境に照らし治療の継続が確保されるか否か、また同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるか否かといった事柄をも考慮することの具体例】

-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-

※○○衆議院議員は、次のように答弁している。

「二点についての具体例を示せという御質問でございますので、例えば身近に適当な看護者がおりまして、本人を病院に通院させたり、あるいは定期的に

服薬をさせるということが見込まれるような場合には、これは治療の継続が確保されるであろうというふうに考えるところであります。

また、もう一方の例は、例えば常に身近に十分な看護能力を有する家族がいらっしゃる。仮に、本人の病状が悪化して問題行動に及びそうになった場合に、直ちに適切に対処することが見込まれるような場合には、同様の行為を行うことなく社会に復帰することができるような状況にあるであろうというふうに考えております」

6. 医療観察法における人格障害について

【本制度の対象者の要件における人格障害の取り扱いについて、人格障害のみを有する者は、我が国では、一般的に完全な責任能力を有すると解されており、人格障害を前提に責任能力が否定される、あるいは減弱されるということは一般的にあり得ないとされている】

-平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-

◆ 法務委員会A委員（衆議院議員）

（中略）そこで、厚生労働大臣にお伺いしたいわけですが、人格障害による心神喪失あるいは心神耗弱状態ということがあり得ると考えているのかどうか。

（中略）その点についてお伺いしたいと思います。

◆ 政府参考人〇〇（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）

本制度におきます対象者の要件につきましては、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行ったこととございます。入院または通院の要件は、対象者について、裁判所において、継続的な医療を行わなければ心神喪失等の状態の原因となった精神障害のために再び対象行為を行うおそれがあると判断されることであります。したがって、人格障害のみを有する者につきましては、我が国では一般的に完全な責任能力を有すると解されており、心神喪失者等とは認められていないため、御指摘のとおり、本制度の対象とはならないものと考えております。

（以下略）

※＜反社会性人格障害の治療について＞

◆ 政府参考人〇〇（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）

反社会性人格障害の治療についてのお尋ねがございましたが、この治療は精神療法が中心となりますが、この障害を持つ者は治療意欲が乏しいことが多く、その治療は極めて困難な場合が多いというのは委員御指摘のとおり（中略）心神喪失者または心神耗弱者ではない者（人格障害のみを有する者）については、今後とも事案に応じて適切に処罰するなどの方法により、その改善更生、社会復帰が図られるものと考えております。

◆ 政府参考人〇〇（法務省刑事局長）

（中略）人格障害みたいなケースにつきましては、これは先ほど厚生御当局からも御答弁がありましたけれども、そのことのみによって心神喪失あるいは耗弱と認定されている例というのは、これは現実問題としても一般にない。したがって、そういう意味で、仮に人格障害という判断が出た場合に、責任能力についての判断がばらついているというふうなことはないものと考えております。

7. 医療観察法における入院期間の長期化を避けるための医療観察法審判（入院継続申立審判、退院許可申立審判等）の役割について

【本制度において、原則として、6ヶ月ごとに裁判所が入院継続の可否を確認し、裁判官とそして精神保健審判員（精神科医）との間で協議をし意見が異なった場合、軽い方（人権侵害の少ない方）を採用するなど、必要以上に入院をさせていくということ避ける】

-平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-

◆ 法務委員会B委員（衆議院議員）

（中略）実際は入院をしなくてもよかった人が何年も入院を強いられるケースがある。こういうことに関して、先ほど申し上げましたように、施設に、療養所に入所の必要のないハンセン病の元患者の方々がずっと入院されていた、その強制隔離の人権侵害の問題と似ていると思うんです。（中略）今回の法案によって、ハンセン病の元患者の方々に対するのと似たような誤った長期にわたる強制隔離というものが起これば、これは人権侵害ではないか。（以下略）

◆ 国務大臣〇〇（厚生労働大臣）

医学上の診断でありますから、百発百中ということには、それはいかなる病気のとくにもなかなかいかないだろうと思います。しかし、これは、原則としまして六カ月ごとに裁判所が入院継続の可否を確認することになっておりまして、半年ごとにチェックをしていく。そして、裁判官とそして医師との間で協議をして、この人がさらに入院が必要であるかどうかということ議論していく。

先日、私はこの二人の間で意見が異なったらどうなんだということ聞いたわけですが、そうしましたら、その中で軽い方を採用すると。例えば、一方はもう少し入院だ、一方はもう退院させてもいい、こういうことであれば、退院させていいという方を採用する、こういうことのようにございますから、そうしたことを継続していくことによって、委員が御心配になりますように、一人の人を長くそこに必要以上に入院をさせていくということ避けることができるというふうに思っております。

8. 医療観察法 第49条《指定入院医療機関の管理者による申立て》、 第51条《退院の許可又は入院継続の確認の決定》について

【指定入院医療機関における入院期間が不当に長期にわたることがないようにするための①6か月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認すること、及び②指定入院医療機関の管理者の入院継続の必要があると認めことができなくなった場合、直ちに退院の許可の申立てを行う義務等について】

-平成15年5月8日 第156回国会 法務委員会-

◆ 法務委員会C委員（衆議院議員）

強制入院に関して非常に危惧を感じます。《中略》精神病院と刑務所は全然違う施設ですが、隔離をされている施設の中で人権侵害が極めて起きやすい。刑務所の場合は刑期が、受刑者の場合は刑期がありますが、精神障害者の人の場合はいつ出られるかということが全くありません。入院期間の上限の定めが全く条文の中にありませんが、これはなぜでしょうか。

◆ 政府参考人〇〇（法務省刑事局長）

本制度におきましては対象者の入院期間の上限を定めないこととしておりますが、これは、対象者の社会復帰を促進すると本制度の目的に照らしますと、対象者について本制度による医療の必要があると認められる限り入院を継続させ、手厚い専門的な治療を行うことによりその社会復帰を促進する必要があると考えられますところ、このような必要があると認められるか否かは当該対象者の病状やこれに対する治療の状況等により左右されるので、あらかじめ入院期間の上限を定めることは適当でないと考えるためであります。

また、本制度におきましては、入院期間が不当に長期にわたることがないようにするため、原則として六か月ごとに裁判所が入院継続の要否を確認することとしており、また入院患者の医療を現に担当している指定入院医療機関の管理者がその時点の病状等を考慮して常にこれを判断し、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直ちに裁判所に対し退院の許可の申立てをしなければならないとしておる上に、入院患者側からも裁判所に対し退院の許可の申立てをすることができるところとしておるところでございます。

◆ 法務委員会C委員（衆議院議員）

この法律がなくても、現在、（日本の精神病院でも）社会的入院と言われているものも多く、かつ今日の委員会の中でも出てきていますが、長期に精神病院に入っている人も非常に多いわけです。ですから、条文には「社会復帰」となっていますが、強制入院をさせるわけですから、社会からの隔離に、長期間における社会からの隔離になってしまうのではないかと思いますが、いかがですか。

◆ 政府参考人〇〇（法務省刑事局長）

（中略）要は、治療のために入院をする必要があるという判断がなされた場合に入院治療が行われるわけでごさいます、その後、六か月ごとにその入院継続の必要があるかどうかも確認をし続けることになるわけでありますから、そのような御懸念は当たらないだろうと思っております。

9.医療観察法の地域社会における処遇についての見解①

【地域処遇（通院処遇）における国〔保護観察所〕と地方自治体〔都道府県、市町村、精神保健福祉センター、保健所等〕の役割分担と連携体制等について】

-平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会（議事録より抜粋）-

◆ 法務委員会D委員（衆議院議員）

（前略）、本法においても当然ながら、社会復帰のための重要な段階の地域社会での処遇、この成否が本法の目的を達するか否かを決めるわけでごさいます。したがって、ここで概略の御説明をいただきたいのは、地域社会における処遇でごさいます。これは、保護観察所が各地域にごさいます、そこを中心に処遇の計画等をめぐらすわけでごさいますが、この地域社会における処遇を担うものは何か、そしてどのような処遇が行われるのかということについての概略の御説明をお願いいたします。

◆ 政府参考人〇〇（法務省保護局長）

（前略）、地域内の処遇の枠組み全般について申し上げますと、本制度におきましては、保護観察所は、通院患者に対しまして精神保健観察を実施いたします。そして、必要に応じまして、裁判所に対し処遇の終了あるいは再入院等の申し立てをいたします。それとともに、いわば地域社会における処遇のコーディネーターという役割にごさいます、それによりまして、関係機関相互間の連携を確保する役割を担うことしております。これによりまして、通院患者に継続的な医療を確保し、その社会復帰を促進するということしております。

（中略）

①精神保健観察でごさいますけれども、これは、具体的には、精神保健観察官（その後の国会審議の過程で「社会復帰調整官」に名称変更）が、医療機関、通院医療機関はもとより、地域社会で精神障害者に対する援助業務を行っている、保健所、精神保健福祉センターあるいは福祉事務所等種々の関係機関にごさいます、そういった関係機関と十分に連絡をとり合いながら、通院患者の通院状況あるいは生活状況などを見守り、そして患者やその家族からの相談に応じるなど

して、通院や服薬がきちんと行われるように働きかけていく、そしてまた、それに必要な援助等があれば、これまた関係機関と連携をしながらそれを行っていくということでございます。

また、保護観察所の長は、継続的な医療を確保する上で必要と認める場合には、地方裁判所に対して、入院によらない医療を行う期間の延長や、それから再入院を申し立てる、また、他方におきまして、本制度による処遇の必要がなくなったというふうな判断をされた場合にありましては、裁判所に対しましてその処遇の終了を申し立てるということを行います。

それから、もう一つは、これまたいわゆる社会内というか地域内処遇の大きな柱、精神保健観察と並んで大きな柱となりますのが、②関係機関との連携の確保でございます。

本制度におきましては、保護観察所による精神保健観察のほかに、通院患者に対しまして、指定通院医療機関による医療及び援助、それから、都道府県及び市町村による援助が行われます。具体的には、都道府県、市町村といえますのは、保健所とか精神保健福祉センターとか、そのような現在ある機関ということになろうと思います。そのような機関におきまして通院患者に対しまして継続的な医療を確保するために、このような機関ときちんと連絡をとり合って、そして情報を交換し、処遇計画もそのような意見を総合して決めて、円滑な医療の継続が行われるようにしていくということにいたします。

いずれにしましても、この関係機関との連携といえますのは、関係機関と申しますが、今申し上げましたように、都道府県あるいは市町村といった地方公共団体が主でございます。保護観察所は国の機関でございます。そういった関係で、国と地方公共団体が一つの目的を目指して連携し合っていくという形態、これはまた新しい形態でございますけれども、これを何とか連携を密にして、この制度が円滑にいくように努力をして、実効あるものにしていきたいというふうに考えております。

（後略）

10.医療観察法の地域社会における処遇についての見解②

【地域処遇(通院処遇)における保護観察所、都道府県・政令市等の精神保健福祉センター、保健所等の位置づけ、役割等について】

-平成14年7月5日 第154回国会 法務委員会・厚生労働委員会連合審査会
(議事録より抜粋)-

◆ 法務委員会E委員（衆議院議員）

通院治療についてお聞きをいたします。（中略）地域社会にありまして、通院を確保して適切な治療を中断なく継続する、そして社会復帰を促進することは、今日の精神医療の大きな方向でもありますし、現行精神保健福祉法にはない大変大事な新しい試みが法案の中には盛り込まれていると思います。問題は、その中身であり、とりわけ、その中心的な役割を担う主体をどうするかという問題であると私は思います。（中略）

なぜ、今度の政府法案においてこの精神保健福祉センター、保健所を、通院治療確保、いわゆる地域社会における処遇ですが、これを担う中心的主体と位置づけないで、そして、精神医療、保健、福祉には全く経験と知識のない法務省の保護観察所にこの中心的仕事を担わせようとするのか、（中略）

◆ 国務大臣〇〇（法務大臣）

この制度におきまして、対象者の地域社会における処遇に保護観察所が関与することにいたしました（中略）。なお、精神保健福祉センターにつきましては、精神障害者全般について相談、指導等を行う施設でございますので、保護観察所との連携のもと、この制度の対象者の処遇にも相応の役割を担っていただくことになると考えております。

◆ 国務大臣〇〇（厚生労働大臣）

今法務大臣からお述べになりましたとおりでございますが、この保護観察所がいわばコーディネーターというふうになるということになるわけでございますが、しかし、先ほど委員がお挙げになりましたような精神保健福祉センターなどは、やはり十分な協力を申し上げなければならないというふうに思います。そして、その他、保健所等もその中に当然のことながら入ってまいりますし、福祉事務所などの関係機関も入ってくるというふうに思います。

（中略）

◆ 法務委員会E委員（衆議院議員）

（中略）現行精神保健福祉法第二章「精神保健福祉センター」第六条によりますと、その二項で、「精神保健福祉センターは、精神保健及び精神障害者の福祉に関し、知識の普及を図り、調査研究を行い、並びに相談及び指導のうち複雑又は困難なものを行う施設とする。」明確に位置づいているわけですね。いろいろ問題があるんでしょうが、現行精神保健福祉法のいわゆる措置入院、全体の措置入院の中から、いわゆる触法精神障害者、心神喪失等によって重大な他害行為を行い、そして厳格な審判手続を経て入通院措置が必要だと認定された者は、この現行精神保健福祉法のまさにこの六条二項の複雑、困難なものを行うそのものじゃないか。そうすると、日本の地域精神医療福祉の中心を担うものとして国は精神保健福祉センターを位置づけて、これを充実強化しようというのが国策の大きな方向じゃないのですか。

そうしますと、なぜ今回、ここに政府が提出した法律の対象者の地域の処遇の責任を持たせなかったのか、（中略）専門知識が必要で、連携が必要だ。まさにその連携をやっているのが、今日、日本では精神保健福祉センターじゃないですか。（中略）

◆ 政府参考人〇〇（厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部長）

委員御指摘のとおり、精神保健福祉センターは、都道府県もしくは政令市の設置によるものでございまして、精神保健福祉法におきます精神保健福祉の業務全般におきましてリーダー的な役割を果たしている、また、そうなければならないということは委員御指摘のとおりでございまして、この充実に関しましては今まで以上に努力を払う、そういう所存でございまして、この問題につきましても精神保健福祉センターが技術的な面で全面的に協力をするということは、そのとおりでございまして。

しかしながら、個別のケースのマネジメントに関しましては、これが司法との関係ないしは裁判所との関係等を取り扱うというふうな点から見まして、都道府県もしくは政令市がやっております精神保健福祉センターにお願いするよりも、国の機関でございまして保護観察所でやり、精神保健福祉センターがそれに対して全面的に協力を行う、また、保健所、市町村もそれに対して全面的に協力を行うというふうな形の方が効率的ではなからうかというふうに考えたわけでございまして。

2. 医療観察法関連【「重要判例」とその解説】

【重要判例】医療観察法関連

《目次》

1. 「責任能力の概念」大判昭和6年12月3日
2. 「同様の行為を行う具体的・現実的可能性－措置入院の場合の認定との相違」福岡高決平成18年1月27日
3. 「人格障害という診断と退院許可の申立て」東京高決平成18年8月4日
4. 「医療観察法による医療の必要性」最二決 平成19年7月25日

1. 「責任能力の概念」[大判昭和6年12月3日刑集10巻682頁]

<判旨>

「…心神喪失ト心神耗弱トハ孰レモ精神障礙ノ態様ニ屬スルモノナリト雖其ノ程度ヲ異ニスルモノニシテ即チ前者ハ精神ノ障礙ニ因リ事物ノ理非善惡ヲ辨識スルノ能力ナク又ハ此ノ辨識ニ從テ行動スル能力ナキ状態ヲ指稱シ後者ハ精神ノ障礙未タ上叙ノ能力ヲ缺如スル程度ニ達セサルモ其ノ能力著シク減退セル状態ヲ指稱スルモノナリトス…」

<解説>

刑法39条1項は「心神喪失者の行為は罰しない」、刑法39条2項は、「心神耗弱者の行為は、刑を減輕する」と規定するが、刑法は、心神喪失、心神耗弱の定義規定を置いていない。それを定義しているのは、昭和6年12月3日の大審院判決である。

事件は、次のようなものであった。

被告人は、自分が借り受けて耕作する田の隣地所有者Mと数年前から耕地の境界を争って折り合いが悪かった。被告人がたまたま草刈りにいったところ、Mが被告人の耕作している田の付近に登ったのを見て、同人が同所の草刈りをしていたものと誤信し、日頃の反感が一時に爆発し、突如、Mの背後より持っていた柴刈鎌で、Mの頭部等を数回殴打し、ついで、M長男Nが駆けつけると、同じ鎌でNの頭部をも殴打して、Mに全治100日余、Nに全治約10日の傷害を負わせた。被告人は、傷害罪で起訴されたが、責任能力の有無が問題となった。なお、鑑定書によれば、被告人は、10数年前から早発性痴呆症（現統合失調症）の症状が漸次亢進し、幻聴、幻視、妄想が著しかったという。

判決は、刑法39条を解釈し、心神喪失とは、精神の障害により、事物の理非善惡を弁識する能力（弁識能力）がないか、又は、この弁識に従って行動する能力（制御能力）がない状態であり、心神耗弱とは、その能力が欠如する程度には至っていないが、著しく減退している状態を指すと定義した。そして、こ

の定義にあてはめ、被告人を心神耗弱と結論付けたのである。

◆以下、判例◆

[大判昭和6年12月3日刑集10巻682頁]

被告人ハ富山縣下新川郡舟見町ヨリ同町舟見字中野一ノ八番地所在ノ町有田四枚ヲ借受ケ耕作シ來レルトコロ數年前其ノ隣地所有者九里久松ト土地境界ヲ爭ヒ同人ヨリ訴ヲ提起セラレタルコトアリ尚昭和五年春頃モ同人ト田ノ畦畔ニ付爭ヒタルコトアリテ日頃ヨリ同人トノ折合悪カリシ折柄昭和五年六月二十八日午前十時頃被告人カ右耕作田ノ草刈ニ赴キタル際久松カ晝食ノ爲歸宅セントシテ其ノ所有田ノ草刈ヲ止メ田ノ畦傳ヒニ被告人ノ耕作ニ係ル芹田附近ニ登リタルヲ見テ同人カ同所ノ草刈ヲ爲シ居リタルモノト誤信シ日頃ノ反感一時ニ激發シテ突如久松ノ背後ヨリ所携ノ柴刈鎌……ヲ以テ同人ノ頭部等ヲ數回強打シ次テ久松長男茂作カ久松ノ叫聲ニ驚キ駈登リ來ルヤ之亦右鎌ヲ以テ同人ノ頭部等ヲ數回毆打シ因テ久松ヲシテ全治迄百日餘ヲ要スル左右顛頂部ノ挫折創後頭部ノ打撲傷等ヲ負ハシメ茂作ヲシテ全治迄約十日ヲ要スル左顛頂部右耳後部ノ各切創前額部左肘ノ各打撲傷ヲ負ハシメタルモノニシテ……

辯護人……上告趣意書第一點……該鑑定書ノ内容ニ依レハ被告人ハ濃厚ナル精神病の遺傳ヲ有シ其ノ兄ハ早發性痴呆ニ罹リテ死亡セル程ナリ而シテ此ノ被告人ノ享ケタル遺傳症狀ハ既ニ青春即十數年前ニ發シ爾來漸次亢進シ來リタルコトヲ認メ得ヘク昭和五年六月二十八日犯行當時モ早發性痴呆症ノ經過中ニアリタルモノニシテ心神障礙アリタルハ明ナリ」トノ記載ニ徴スレハ被告人カ犯行當時精神病者タルコト明白ニシテ此ノ一點ノミヨリ觀ルモ心神喪失ノ狀況ニ在リタルコトヲ認メ得ヘク而シテ其ノ程度ニ至リテハ「七年前（中略）ソレヨリ二年程經過シ妄覺起ル他人ノ話聲ヲ聞キテ恰モ自己ヲ冷笑スルカ如ク錯聽ヲ起シ或ハ人聲ナキニ自分ニ對シ罵聲ヲ洩ラストノ幻聽ヲ生シ幻視アリテ人又ハ獸物襲撃シ來ルトテ鎌又ハ刀器ヲ放擲ス同時ニ被害の念慮アリ他人カ自己ヲ苦シメニ來ルト云ヒテ時折殺セト昂奮ス又常軌ヲ逸スル行爲アリテ夜中ニ起キ出テテ水ヲ浴ヒ其ノ理由ヲ訊ヌルモ答ヘス最近ニ至リテ幻聽著シクナリ昂奮ノ度強クナリテ夜分モ睡眠不良ニシテ常ニ頭鳴ヲ訴フ當時早發性痴呆トノ診斷ヲ附セリ」トノ記載ニ徴レハ妄覺、錯聽、幻聽、幻視、被害妄想相次イテ起ル狀態ニシテ早發性痴呆症トシテモ既ニ高度ニ亢進セルコトヲ認メ得ヘク刑法第三十九條ニ謂フトコロノ心神喪失者ニ該當スルコト明白ナリト思料ス……

案スルニ心神喪失ト心神耗弱トハ孰レモ精神障礙ノ態様ニ屬スルモノナリト雖其ノ程度ヲ異ニスルモノニシテ即チ前者ハ精神ノ障礙ニ因リ事物ノ理非善惡ヲ辨識スルノ能力ナク又ハ此ノ辨識ニ從テ行動スル能力ナキ状態ヲ指稱シ後者ハ精神ノ障礙未タ上叙ノ能力ヲ缺如スル程度ニ達セサルモ其ノ能力著シク減退

セル状態ヲ指稱スルモノナリトス所論鑑定人遠藤義雄ノ鑑定書ニハ被告人ノ犯行當時ニ於ケル心神障礙ノ程度ノ是非辨別判断能力ノ缺如セル状態ニアリタリトハ認メラレス精神稍興奮状態ニアリ妄覺アリテ妄想ニ近キ被害の念慮ヲ懷キ知覺及判断力ノ不充分ノ状態ニアリ感情刺戟性ニシテ瑣事ニ異常ニ反應シテ激昂シ衝動性行爲ニ近キ乃至ハ常軌ヲ逸スル暴行ニ出ツルカ如キ感情ノ障礙ノ症状存シタリトノ趣旨ノ記載アリテ右ニ依レハ本件犯行當時ニ於ケル被告人ノ心神障礙ノ程度ハ普通人ノ有スル程度ノ精神作用ヲ全然缺如セルモノニハアラス唯其ノ程度ニ比シ著シク減退セルモノナリト謂フニアルカ故ニ其ノ精神状態ハ刑法ニ所謂心神耗弱ノ程度ニアリト認ムヘキモノニシテ所論ノ如ク心神喪失ノ程度ニアリト認ムヘカラサルモノトス果シテ然ラハ所論ノ鑑定ノ結論ハ相當ニシテ又原判決カ右鑑定書ノ記載ヲ引用シテ被告人カ本件犯行當時心神耗弱ノ状況ニアリタリト判断シタルハ正當ナリト謂フヘク記録ヲ精査スルモ此ノ點ニ付原判決ニ重大ナル事實ノ誤認アルコトヲ疑フニ足ルヘキ顯著ナル事由ヲ見サルヲ以テ論旨ハ理由ナシ

2. 「同様の行為を行う具体的・現実的可能性—措置入院の場合の認定との相違」【福岡高決平成18年1月27日判タ1255号345頁】

<判旨>

「…法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる旨の決定を行うには、対象者について、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具体的・現実的な可能性があることが必要であると解されるが、この法の立法趣旨等からみて、上記の可能性は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による措置入院（同法29条）の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い期間を念頭において判断されるものと解するのが相当であり、その期間は、事案によっても異なり、一律に特定できるような性質のものではなく、ある程度幅のあるものと考えられるから、措置入院の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い年単位のスパンで、本件における前記の同様の行為を行う具体的・現実的な可能性を判断したという原審鑑定人の判断が、法42条1項についての誤った解釈に基づく判断であるとはいえず、また、同鑑定人のした鑑定に基づいて、前記の同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとは判断したと解される原決定に、法42条1項についての解釈・適用の誤りがあるともいえない。・・・」

<解説>

本件の対象者は、家族と同居中の居宅に放火したが（刑法108条の現住建造物放火）、心神喪失の状態にあったとして不起訴処分とされ、検察官により医療

観察法33条1項に基づく申立てがなされた。福岡地裁は、入院させて医療観察法による医療を受けさせる必要があると認め、入院決定を行った。これに対して、付添人が、医療観察法による医療を受けさせる旨の決定を行うには、「同様の行為を行う」具体的・現実的な可能性が必要であるのに、福岡地裁は、年単位のスパンで、同様の行為を行う可能性の有無を判断して決定を行った等と主張して抗告した。

本決定は、まず、医療観察法による医療を受けさせる旨の決定を行うには、対象者に、医療観察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具体的・現実的な可能性があることが必要だとし、そして、この可能性とは、立法趣旨等を考えれば、精神保健福祉法の措置入院に必要とされる「自傷他害のおそれ」よりも、長い期間を念頭において判断するのが相当と結論付けた。立法当時、医療観察法に対して、措置入院という「自傷他害のおそれ」は判断できても、再び同様の行為を行う可能性は判断できないとの批判が向けられていたが、本決定は、再び同様の行為を行う可能性は判断可能との前提のもと、それは「自傷他害のおそれ」よりも、長い期間を念頭に置いて判断すべきものであることを明らかにしたのである。

◆以下、判例◆

[福岡高決平成18年1月27日判例タイムズ1255号345頁]

2 法42条1項の解釈・適用の誤りの主張について

所論は、[1]法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる旨の決定を行うには、「同様の行為を行う」具体的・現実的な可能性が必要であるのに、鑑定人である医師Aの原審審判廷における供述によれば、同人は、年単位のスパンで、同様の行為を行う可能性の有無を判断していると認められるところ、そのような鑑定人の誤った解釈に基づく判断をそのまま是認したと考えられる原決定は、年単位のスパンで判断される「同様の行為を行う」可能性をもって処遇要件と解したことになるので、法42条1項の解釈・適用を誤っている、[2]法42条1項の「対象行為を行った際の精神障害」とは、単なる精神病名（統合失調症など）ではなく、対象行為と密接に関連する、より具体的な精神症状（例えば幻覚妄想等の症状）を指すと解すべきであるところ、対象者には、対象行為を行った際の精神症状である幻覚妄想状態に支配された状態或非現実的な思い込みの状態が残存していないことは明らかであって、医療の必要性が消失しているというべきであるのに、対象者の精神障害が残存しているとして、法42条1項1号により医療を受けさせるために入院をさせる旨決定した原決定は、法42条1項の解釈・適用を誤っている、などと主張する。

そこで、検討するに、[1]法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる

旨の決定を行うには、対象者について、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具体的・現実的な可能性があることが必要であると解されるが、この法の立法趣旨等からみて、上記の可能性は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による措置入院（同法29条）の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い期間を念頭において判断されるものと解するのが相当であり、その期間は、事案によっても異なり、一律に特定できるような性質のものではなく、ある程度幅のあるものと考えられるから、措置入院の際の入院の必要性の判断の場合よりも長い年単位のスパンで、本件における前記の同様の行為を行う具体的・現実的な可能性を判断したという原審鑑定人の判断が、法42条1項についての誤った解釈に基づく判断であるとはいえず、また、同鑑定人のした鑑定に基づいて、前記の同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとして判断したと解される原決定に、法42条1項についての解釈・適用の誤りがあるともいえない。

また、[2]法42条1項の「対象行為を行った際の精神障害」には、基本となる精神疾患のほか、それから派生する精神症状も含まれると解されるどころ、原決定は、「(対象者は)なお現在も妄想との距離がとれておらず、軽い思考障害、感情鈍麻、病識の薄弱さが残存している。」と説示しているところからみて、対象者には、上記のような精神症状がなお残存しているとして、法42条1項1号の入院医療の必要があるものと判断したものであり、対象者の基本となる精神疾患から派生する精神症状の有無の点も検討した上、法42条1項1号の入院医療の必要があると判断したものであることが明らかであるから、原決定が、法42条1項の解釈を誤ったものとも、その適用を誤ったものともいえない。

3. 「人格障害という診断と退院許可の申立て」

【東京高決平成18年8月4日東高刑時報57巻1-12号35頁】

<判旨>

「…指定入院医療機関甲病院の管理者の意見…は、合理的かつ妥当なものと考えられる。

したがって、退院の許可の申立時において、対象者は、人格障害と診断され、統合失調症及び感情障害圏の障害に罹患している可能性はなく、人格障害についての治療反応性は極めて低いことが認められ、ひいては医療観察法による医療必要性は存しないといわざるを得ない。

以上の事実を認定しなかった原決定は、指定入院医療機関の管理者の意見を

基礎とするといえるかは、疑問であり（医療観察法51条1項）、しかも、同法52条による鑑定を命ずることなく、裁判所独自で指定入院医療機関の管理者の意見を排斥する判断をしてよいのかについても疑問があるところである。

…原決定においては、対象者に現在いかなる精神障害があり、これに対しいかなる医療を受けさせる必要があるのかは、何ら明確にされていない。そうすると、原決定は、合理性、妥当性を有する指定入院医療機関の管理者の意見、すなわち、対象者は、現在、人格障害と診断されること、その治療反応性は極めて低いことを認定しなかった点において、重大な事実の誤認を犯しているものである。

重大な事実の誤認をいう指定入院医療機関の管理者及び付添人の論旨はいずれも理由があり、付添人のその余の論旨（決定に影響を及ぼす法令の違反）について判断するまでもなく、原決定は取消しを免れない。」

<解説>

本件の対象者は、傷害3件を行ったが、心神耗弱（2件）及び心神喪失（1件）で不起訴処分とされ、検察官により医療観察法33条1項に基づく申立てがなされた。鑑定医は、「統合失調症と診断するに足る症状的根拠を得ることは困難であり、対象者は自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害である」と述べていたが、裁判所は、その診断を採用せず、入院決定を行った。対象者が入院していた指定入院医療機関の管理者（病院長）は、入院決定の4カ月後、東京地裁に対し、対象者の診断は人格障害として間違いない等と主張して、対象者につき医療観察法による医療の終了を求める退院の許可の申立てをした。東京地裁は、本件入院決定を行なった横浜地裁に事件移送した。しかし、横浜地裁がこの申立てを棄却したため、管理者と付添人が抗告を行った。

本決定は、横浜地裁の申立て棄却決定を取り消すに際し、対象者が人格障害であり、人格障害についての治療反応性は極めて低く、ひいては医療観察法による医療必要性は存しないとした。つまり、治療反応性の低い人格障害だけでは、医療観察法の対象にならないことを認めたのである。

さらに、抗告審は自判できないので（68条2項）、事件は横浜地裁に差し戻されたが、本決定は、指定入院医療機関に入院する対象者が処遇要件を満たしていない場合には、指定入院医療機関の管理者が退院許可を求めて申立てを行い（49条1項）、裁判所は、医療を終了する旨の決定によってそれに答えることを認めたものと解することができる。

◆以下、判例◆

東京高決平成18年8月4日[東京高等裁判所(刑事)判決時報57巻1～12号35頁]

1 指定入院医療機関の管理者の論旨は、要するに、原決定は、本件退院の許可の申立てを棄却したが、入院決定時になされた鑑定で、対象者は、「自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害」と診断されていたところ、入院決定における「統合失調症ないしは統合失調症圏の疾患を完全に否定することは困難である」との裁判所の疑義に基づき、入院決定以降に入院治療を行うとともに症状等のアセスメントを行った結果、対象者は、上記の人格障害であり、その治療反応性は極めて低いことが明らかになったから、これらを認定しなかった原決定には、重大な事実の誤認がある、というのである。……

2 そこで一件記録を調査して検討するに、以下の事実関係が認められる。

(1)横浜地方裁判所は、検察官が対象者を心神耗弱と認めて公訴を提起しない処分をした平成15年9月の傷害2件及び心神喪失と認めて公訴を提起しない処分をした平成17年7月の傷害1件を対象行為として検察官からなされた、医療観察法42条1項の決定をすることの申立てを受けて、同年10月20日、対象者につき同条同項1号の入院決定をし（以下「本件入院決定」という。）、対象者は、同日、同決定に基づき、指定入院医療機関甲病院（以下「甲病院」という。）に入院した。なお、本件入院決定に当たり医療観察法37条に基づき行われた鑑定で、鑑定を命ぜられた乙病院医師Xは、対象者本人、弟及び父の陳述、あるいは鑑定入院中の対象者の精神及び行動の現症からは、操作的診断基準（DSM-4あるいはICD-10）に従う限り、統合失調症と診断するに足る症状の根拠を得ることは困難であり、対象者は自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害である、対象行為は、いずれも対象者の人格障害に由来した他害行為と考えることができる旨の意見を述べていた（横浜地方裁判所（医ろ）第2号鑑定書及び同第6号鑑定書。以下、これらを「X鑑定」という。）。しかし、裁判所は、対象者は精神科病院への任意入院あるいは措置入院を繰り返しているが、そのほとんどにおいて統合失調症の診断が下されていることなどに鑑みると、対象者の精神障害については、鑑定時あるいは近時の状態像からは人格障害とするのが相当であったとしても、統合失調症ないしは統合失調症圏の疾患を完全に否定することは困難であると考えられ、人格障害が統合失調症かという二者択一的な判断に拘泥せず、むしろ、対象者の精神障害については人格障害とも統合失調症とも明確に判断しがたいところにその特徴があり、その状況下で他害行為を繰り返したという事實的側面を重視して、今後の処遇を決するのが相当と判断されるなどとして、入院の決定をした。

(2)甲病院の管理者（病院長）は、平成18年2月22日、東京地方裁判所に対し、対象者につき医療観察法による医療の終了を求める退院の許可の申立てを

した（同事件は、同年3月9日、医療観察法4条1項により、本件入院決定をした横浜地方裁判所に移送された。）。その理由は、[1]病棟で対象者の行動を観察してきたが、統合失調症圏、気分障害圏の病態は認められず、診断は人格障害として間違いない、[2]人格障害の治療の中心は長期間継続する心理療法であるが、強制的な治療環境下で実施される心理療法ではその改善を期待することはできず、医療観察法のもとで治療を継続する限り、対象者は永遠に退院できず、社会復帰もできないことになってしまい、法の趣旨から考えても、対象者が医療観察法による治療を受けることは極めて不適切と判断するしかない、というものである。

そして、原審参考人Y（甲病院の医師）は、甲病院では、本件入院決定時の鑑定書に付されていた資料等に基づき、対象者が人格障害であるとの診断自体を疑うことはなかったが、対象者は過去に統合失調症と診断されていたところ、幻覚や妄想がはっきり出現した時期がないことから、そのような陽性症状なしに意欲や感情が鈍麻していった、人格崩壊に至る単純型の統合失調症、さらには、気分変調循環症の可能性等も視野に入れて、対象者の正確な診断をし、それに対する適切な治療をするという方針で臨んだこと、しかしながら、対象者には日常生活能力があり、感情の鈍麻や意欲の低下も認められないことから、統合失調症は否定できること、対象者が入院後に興奮を示したことが暴言、暴力を含めて合計5回認められたが、その前後において、対象者に幻覚、妄想、そう状態、うつ状態、てんかん発作、てんかんによる不機嫌症などの精神症状は全く認められなかったこと、対象者は、さ細なことで情緒的なストレスがかかると、暴力行為や本体となる障害が、その瞬間に顕著に現れてくるというのが特徴であり、広汎性発達障害と考えられるが、すでに20歳を超えており、物事を理解したり認知、行動するパターンは、性格として固定したものであって、診断としては、自己愛性人格障害と反社会性人格障害に類似した特徴を有する混合性人格障害として間違いないこと、幻覚や妄想、抑うつといった目標となる精神症状がないのに、投薬しても効果はなく、対象者は、入院後、抗精神病薬と気分安定薬の投与を継続して受けていたが、上記のとおり暴言や暴力があったので、情動の安定という面でも投薬の効果は期待できないこと、心理療法等も続けてきたが、治療可能性は極めて低いと考えられること、などを供述し、指定医療機関の管理者の指定する医師としてその旨の意見を述べた。

3 以上によれば、指定入院医療機関甲病院の管理者の意見（本件退院許可申立書中に示されていると認める。これを敷えんするものが本件抗告申立書に示されている。）は、合理的かつ妥当なものと考えられる。すなわち、甲病院においては、本件入院決定において示された、対象者の統合失調症ないしは統合

失調症の疾患を完全に否定することは困難であるとの疑義に基づき、4か月にわたり入院医療を行うとともに、病状等のアセスメントを精神科の多職種チーム（精神科医師、精神科看護師、作業療法士、臨床心理技術者、精神保健福祉士）により行い、その一致した意見として、統合失調症及び感情障害圏の障害に罹患している可能性を否定し、対象者は人格障害であり、治療反応性は極めて低いとの結論に至ったものである。入院決定に当たり行われたX鑑定の結果と一致しており、原審で付添人が提出した独立行政法人丙センターZ医師作成の意見書もこれらを支持している。したがって、退院の許可の申立時において、対象者は、人格障害と診断され、統合失調症及び感情障害圏の障害に罹患している可能性はなく、人格障害についての治療反応性は極めて低いことが認められ、ひいては医療観察法による医療必要性は存しないといわざるを得ない。

以上の事実を認定しなかった原決定は、指定入院医療機関の管理者の意見を基礎とするといえるかは、疑問であり（医療観察法51条1項）、しかも、同法52条による鑑定を命ずることなく、裁判所独自で指定入院医療機関の管理者の意見を排斥する判断をしてよいのかについても疑問があるところである。

ところで、原決定は、過去の入通院歴及び投薬状況等にこだわっているとみられるところ、対象者が平成7年11月以降、統合失調症と診断されて精神科病院への任意入院ないし措置入院を繰り返していたことは、原決定の指摘するところであるが、この点については、例えば、本件入院決定時のX鑑定においては、症状のとらえ方や解釈に必ずしも適切とはいえない部分があったために、統合失調症という診断がなされてきた可能性がある旨指摘されていたところである。医療観察法に基づいて鑑定入院等を経てなされたX鑑定や指定入院医療機関における4か月に及ぶ経過観察に基づきなされた現在の診断によるべきことは、議論の余地のないところである。

しかるに、原裁判所は、対象者に対して過去において診断された病名及びその結果なされた投薬状況に拘泥して、対象者は人格障害であるとする指定入院医療機関による診断の採用を留保し、治療反応性の存在を否定せず、本件退院の許可の申立てを棄却したものである。もっとも、原決定においては、対象者に現在いかなる精神障害があり、これに対しいかなる医療を受けさせる必要があるのかは、何ら明確にされていない。そうすると、原決定は、合理性、妥当性を有する指定入院医療機関の管理者の意見、すなわち、対象者は、現在、人格障害と診断されること、その治療反応性は極めて低いことを認定しなかった点において、重大な事実の誤認を犯しているものである。……

よって、医療観察法68条2項本文により、原決定を取消し、本件を原裁判所である横浜地方裁判所に差し戻すこととし、主文のとおり決定する。

4. 「医療観察法による医療の必要性」

【最二決 平成19年7月25日刑集61巻5号563頁】

<判旨>

「…医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の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にすることが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当である・・・」

<解説>

本件の対象者は、家族らと住むアパートに放火したが（刑法108条の現住建造物放火）、心神喪失の状態にあったとして不起訴処分とされ、検察官により医療観察法33条1項に基づく申立てがなされた。長崎地裁は、鑑定結果を基礎とし、「現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、また、病識に乏しいため入院治療の継続が必要」と認めながらも、「一定期間、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療を行うまでの必要性はない。」として、医療観察法による医療を行わない決定をした。これに対して検察官が抗告した。抗告審（福岡高裁）は、医療観察法による医療を行うまでの必要性はないとした決定は是認できないとして地裁の決定を取り消し、事件を長崎地裁に差し戻す決定をした。これに対して対象者が再抗告した。

本決定は、医療観察法の趣旨に照らした上で、対象行為を行った際の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にすることが必要と認められる者には、医療観察法による医療を行う以外の選択肢はとりえないことを明らかにした。これは、精神障害の改善ないままに再び同様の行為を行うことは、対象者にとって社会復帰の大きな妨げとなるので、そのような者に対しては、この法律による手厚い医療を受けさせるべきだという考えに基づくものである。

◆以下、判例◆

[長崎地決平成19年1月19日刑集61巻5号568頁]

1 対象行為

記録及び審判期日の結果によれば、対象者は、別紙記載「対象行為の要旨」[対象者は、平成18年8月4日午前9時25分ころ、長崎県佐世保市…甲アパートC棟(木造コロナルスレート葺2階建、延床面積約179.72平方メートル)201号室対象者方6畳仏間において、灯油を布団に撒き、これにマッチで点火して火を放ち、その火を同室壁等に燃え移らせ、よって、自己の娘であるBほか7名が現に住居として使用している前記甲アパートC棟を焼損(焼損面積合計約136.34平方メートル)したものである。]のとおり、の行為をしたことが認められる。

したがって、対象者は、医療観察法2条2項1号所定の対象行為(刑法108条)を行ったことが認められる。

2 責任能力

記録及び審判期日の結果によれば、対象者は、平成18年4月ころから、長崎県佐世保市…所在の共同住宅「甲アパートC棟」201号室に居住するようになったが、同年5、6月ころ、妄想性障害に罹患し、階下で左腕のない女性が死んだためこの部屋には悪霊がとりついているとか、自分の部屋は呪われているため魚の腐ったような臭いがしたり、色々な音が聞こえたり、自分の部屋で話したことが佐世保市長が居住する階下の部屋に筒抜けになったりするとか、どこに行っても呪いに追いかけられるなどといった被害妄想、迫害妄想に取り憑かれ、家族3人で死ぬしかないと思い、対象行為に及んだことが認められる。

このように、対象者は、幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んでいるのであって、対象行為時、精神の障害により事物の理非善悪を判断する能力及びその判断に従って行動する能力が欠けており、心神喪失状態であったと認められる。

3 医療観察法による医療の必要性

鑑定人の鑑定を基礎とすれば、対象者は、現在もなお、妄想性障害に罹患しており、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、また、病識に乏しいため入院治療の継続が必要であると認められる。

しかしながら、同鑑定を基礎とすれば、[1]対象者は、鑑定入院当初は被害妄想や関係妄想が顕著な状態であったが、鑑定入院中の薬物療法及び精神療法により、幻覚はなくなり、妄想も軽快するなど精神症状は改善し、穏やかで、控えめな口調で話し、礼節も保ち、治療スタッフや他の入院患者とも情緒的交流を図るまでになっており、更に治療を継続することにより治療効果は継続されると期待されること、[2]対象者の実子3名が統合失調症であったことから精神科病院に対する拒否感はなく、服薬や処置等には抵抗を示していないことから、

今後の治療の進展により病識が得られ問題の認知を得ることは可能であることが認められ、これらによれば、医療観察法による枠組みでの治療は必ずしも必要ではなく、通常の病院での入院治療継続が適当であるといえることができる。

上記鑑定に加え、記録及び審判期日の結果によれば、[1]対象者の妄想性障害は、平成16年2月以降、対象者が、長男の死、二女の入院、夫の死及び転居に伴う住環境の変化というストレスの掛かる事態に直面するといった心理的要因を背景に発症したと考えられるため、心理療法が行われることによる改善が望まれること、[2]対象者の長女及び二女は統合失調症を発症し入院中であり、孫は知的障害者入所更生施設に入所中であるから、それら対象者の家族が対象者に適切な援助を行うことは困難であるものの、家族は対象者の精神的支えとなっているため、医療観察法による入院により、それらの者と地理的に離れてしまい面会が途絶してしまうことは、対象者に更なる心理的負担を強いてしまうおそれ強いこと、[3]対象者は鑑定入院先の医療関係者等と良好な関係を構築しているため、現在の医療環境の下での治療がより効果的と考えられるところ、対象者は対象行為時生活保護を受給しており、今後も精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院による治療が可能であり、鑑定入院先の病院の医師は、同法による対象者の入院及び治療を引受ける意向を示していること、[4]現在、対象者には帰住先が存在しないが、将来的には、福祉関係機関の援助を得て、救護施設等の利用も視野に入れた社会復帰に向けての調整が可能であることが認められる。

以上によれば、対象者は、一定期間、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療を行うまでの必要性はない。

[福岡高決平成19年3月30日刑集61巻5号572頁]

論旨は、要するに、対象者には、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、入院をさせて法による医療を受けさせる必要があるのに、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（以下「精神保健福祉法」という。）による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが可能であり、法による医療を行うまでの必要はないとして、医療観察法による医療を行わないとした原決定には、決定に影響を及ぼす重大な事実誤認及び法令違反がある、というのである（なお、付添人は、原決定と同旨の主張をするほか、本件では、法42条1項1号ないし2号による医療を受けさせる旨の決定を行うには、「同様の行為を行う」具体的・現実的な可能性が必要であり、その決定に当たっては鑑定を基

礎とすべきとされているところ、鑑定人柴原誠一郎医師作成に係る医療観察法精神鑑定書（以下「鑑定書」という。）には、対象者が対象行為と同様の行為を行う具体的・現実的な可能性があるとの判断は示されていないから、検察官の事実誤認の主張は失当である旨主張している。）。

原決定は、概略、(1)対象者は、原決定別紙記載の「対象行為の要旨」のとおり、法2条2項1号の対象行為に該当する行為（刑法108条）をしたが、その行為当時、妄想性障害に罹患し、幻覚・妄想に支配されて対象行為に及んでおり、心神喪失状態であったと認められるところ、現在もなお、妄想性障害は継続しているものの、治療反応性もあるため、治療を行う必要があり、それについては、病識に乏しいため入院治療の継続が必要である、(2)しかし、対象者は、精神科病院に対する拒否感がなく、服薬や処置等には抵抗を示しておらず、今後の治療の進展により病識が得られ問題の認知を得ることは可能であるから、法による枠組みでの治療は必ずしも必要ではなく、通常の病院での入院治療継続が適当であることなど、原決定「理由」第2の3で判示する諸点から、対象者は、一定期間、精神保健福祉法による入院をすることにより、精神障害を治療して社会復帰することが十分可能であり、医療観察法による医療を行うまでの必要性はない、というものである。

2 しかし、原決定中、上記(1)の点は是認できるが、(2)の点は是認できない。理由は以下のとおりである。

(1) 医療観察法は、精神障害による心神喪失等の状態で重大な他害行為が行われた場合、被害者に深刻な被害が生ずるだけでなく、そのような行為を行った者が有する精神障害は、一般的に手厚い専門的な医療の必要性が高く、同人が、精神障害を有していることに加えて、重大な他害行為を犯したという、いわば二重のハンディキャップを背負ってしまうとともに、そのような精神障害が改善されないまま再びそのために重大な他害行為が行われることとなれば、そのような事実が本人の社会復帰の大きな障害となることは明らかであることから、対象者に必要な医療を確保して不幸な事態が繰り返されないようにしつつ、その社会復帰を図るため、精神障害による心神喪失等の状態で一定の重大な他害行為（対象行為。法2条2項）を行った者（対象者）に対し、医療を受ける機会を与える目的等から制定されたものである。したがって、同法は、検察官に原則として申立義務を認め（法33条）、ひとたび法42条1項1号ないし2号の決定がなされた場合には、対象者に法による医療を受ける義務を課するとともに、対象者に必要な医療を受けさせることを国の責務とし（法81条）、また、対象者の社会復帰を円滑にするため、保護観察所に社会復帰調整官を置き、生活環境の調整等や医療機関との協力体制を整備している。

以上のような法の趣旨等に照らせば、裁判所は、検察官からの申立てに対し、対象者に、法42条1項1号ないし2号の要件が認められるか否かを審査し、対象者がその要件を充足すると認められる場合には、同条項に定められた入通院の決定をすべきであって、そのような場合に、入退院の手續・要件、持続的かつ専門的な医療体制の整備、医療等の実施機関あるいは強制力といった点で、大きな違いのある精神保健福祉法による医療が可能であるからとあって、同条1項3号の医療を行わない旨の決定をすることは許されないというべきである。

3 そこで、本件において、対象者に法42条1項1号ないし2号の要件が認められるか検討する。

対象者は、対象行為当時、妄想性障害に罹患し、被害妄想、迫害妄想に強く支配された状態にあり、対象行為もそのような対象者の精神障害及び精神状態によって引き起こされたものであって、対象者は対象行為時に心神喪失の状態にあったものである。そして、鑑定書によれば、対象者は、自分が病気であることを否認するなどして病識がなく、治療プランについても同意せず、服薬や処置等に抵抗感を示していないものの、治療に積極的ではなく、心理検査についてはこれを拒否したこと、対象者が上記疾患を発症した背景には、原決定が「理由」第2の3で指摘するようなストレス状況があり、精神症状は改善傾向にあるものの、将来も強いストレス状況にさらされた場合、症状の再燃が予想されるところ、対象者は、原審審判廷において、(対象行為は)やむを得ずにやった、子供たちと一緒に死のうと今でも思っている、(医師に指示されている)薬は飲んでいない(したがって、原決定や鑑定書が、対象者が服薬や処置等に対し抵抗感を示していないというのは、審判時においては当を得ないものとなっている。)などと陳述している。

そうすると、対象者の上記病状は未だ十分に改善されているとはいえず、対象者に病識が乏しく、今後服薬を拒否する事態も考えられ、対象者には、症状を再燃させて、放火等の同様の行為に及ぶ具体的・現実的な可能性がある認められる。そして、対象者の従来に住居は放火によって焼失し、現在同人に帰るべき住居はなく、本件対象行為時に対象者と同居していた長女は統合失調症で入院し、孫も知的障害者入所更生施設に身を寄せている状況であり、他の家族・親族等に対象者の適当な引き受け先は見当たらない。そこで、対象者に対し、通院によって継続した治療を確保するのは困難であって、対象者に対しては、対象者が対象行為を行った際の精神障害である妄想性障害の症状を改善し、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、入院をさせて法による医療を受けさせる必要があると認められる。

[最二決平成19年7月25日刑集61巻5号563頁]

なお、所論にかんがみ職権で判断すると、医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の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にすることが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがあつた場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されないものと解するのが相当であり、これと同旨の原判断は正当として是認できる。

3. 医療観察法関連Q&A 【責任能力、不起訴処分、不処遇、却下、守秘義務等について】

1. 責任能力って？ 犯罪を行った者は非難されるべきではないのか？

犯罪を行った者に対して、「悪い奴だ！許せない」と道徳的非難が向けられるのは当然である。しかし、道徳的にその人を非難することと、刑法的にその人を非難できるか否かは別の問題である。刑罰を用いてその者を法的に非難するためには、その人に責任能力が備わっていなければならない。もし、その者が、行為を行った時に、精神の障害によって、やったことが、良いことか悪いことかが分からなかった（弁識能力の欠如）か、そのことが悪いことであると分かっているにもかかわらず、自分を抑えられなかった（制御能力の欠如）場合には、責任無能力であるとして処罰することはできない。刑法の条文上、このような状態を心神喪失という（刑法39条1項）。他方、この弁識能力または制御能力が欠如してはいないが、著しく減退している場合には限定責任能力とされ、刑罰が必ず減輕される（刑法39条2項 心神耗弱）。

2. 不起訴処分って、最終的な処分ではないのか？

検察官は、事件を起訴するか起訴しないかを決定する権限を有している。起訴をしない、つまり裁判にかけない処分のことを不起訴処分という。不起訴処分には何種類もあり、例えば、証拠がなかったり、不十分だったりする場合や、加害者に責任能力がないため犯罪にならない場合がある。さらに、犯罪の嫌疑があっても裁判にかけようと思えばかけられるのに、色々な事情を考慮して「あえて起訴をしない」場合もある（起訴猶予・刑事訴訟法248条）。不起訴処分については、もうその判断は覆せない…と一般に考えられがちであるが、検察官の不起訴処分に納得がいけない時には、被害者やその遺族は「検察審査会」に審査を求めることが可能である。そして、新たな証拠が見つければ検察官は起訴することが可能であるし、検察審査会が「起訴相当」の議決を2度行えば必ず起訴されることになる。

3. 医療観察法審判における「不処遇」と「却下」決定の違いは？

医療観察法の審判は、対象者に、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医療を受けさせる必要があるか否かを決定するために行われる。その結果、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合には入院決定が（42条1項1号）、入院の必要まではないが、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合には通院決定が（42条1項2号）、

そのいずれにも当たらない場合には、この法律による医療を行わない旨の決定（いわゆる不処遇決定、42条1項3号）が言い渡される。いずれの場合にも、検察官による申立てが適法になされていることを前提とした上で、鑑定を基礎とし、鑑定医の意見、生活環境を考慮して、医療の必要性が判断される。

これに対し、却下決定は、検察官が法33条の規定に違反して申立てを行った場合に、「この申立ては受け付けられない」として、裁判所が言い渡すものである（42条2項）。例えば、法33条2項によれば、検察官は、対象者が刑の執行のために刑務所に収容されているときには申立てをすることはできない。それにもかかわらず、検察官が申立てを行ったような場合に、裁判所は却下決定を行うことになる。

4. 精神保健審判員や精神保健参与員の守秘義務はどうなっているのか？

精神保健審判員若しくは精神保健参与員又はこれらの職にあった者は、この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処せられる（医療観察法117条）。「秘密」とは非公知の事実であり、実質的にもそれを秘密として保護するに値するものをいう。したがって、カンファレンスや審判等を通じて知り得た対象者の病状、病歴、家族関係や生活環境などは、秘密に該当する。

但し、職務の執行以外の機会に、又は職務の執行とは無関係に知りえた事実は、ここでの秘密には当たらない。つまり、友人から聞いた場合や、飲食店でたまたま耳にした場合などは含まれないことになる。

5. 誤った診断に基づいて医療観察法の処遇が確定した場合には、どうなるのか？

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っても、医療観察法には、審判のやりなおし規定や、刑事手続きへの再送規定は置かれていない。そのため、実務では、指定入院医療機関の管理者から退院の許可の申立て（医療観察法49条1項）を受け、退院を許可するか、この法律による医療を終了する旨の決定を行い、対象者を誤った医療観察法の処遇から解放している（東京高決平成18年8月4日参照）。

しかし、それを超えて、いったん医療観察法の決定が確定した対象者に、刑事処分を科すことを目的とした審判を行う制度を設けるか否かについては、不利益再審の問題もあり、慎重な検討が必要と思われる。通常の裁判でも、詐病により心神喪失で無罪が確定した場合、刑罰を科すための再審は認められていない。

4. 刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き

平成18～20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究、分担研究「他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究」分担研究代表者 岡田幸之（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き 平成18～20年度総括版（ver.4.0）」より抜粋

第1章 刑事責任能力の考え方～鑑定書に何をどう記すか

精神科医が刑事精神鑑定を求められたときに直面する、もっとも重要で、もっとも難しい問題は、刑事責任能力の評価である。本章では、その考え方をできるだけ簡単に解説する。

■推奨1 ■ 可知論と不可知論

【要点】

責任能力の評価と検討は可知論的な視点からおこなうことを推奨する。

※ただし、同時に、可知論の限界も熟知しておくべきである。

責任能力の考え方は大きく「不可知論」と「可知論」の2つに分けることができる。この2つはもともと、人の精神あるいは人生や運命の決定に関わる、哲学的命題による。それは神の存在にまで言及しうる深遠な課題であるが、刑事責任能力の文脈では、両者は「精神障害」がその人の意思や行動の決定過程にどのように関わるかを、評価することはできないとする立場（不可知論）と、できるとする立場（可知論）のちがいにあたる。

この二つの立場からの責任能力の判断は以下ようになる。

(1) 不可知論的な立場による責任能力判断

精神医学的診断（疾病診断）を下した時点で判断を停止する。あとは、あらかじめ精神医学者と司法関係者との間で、診断と責任能力との間に一対一対応で決めた「慣例」に基づいて責任能力の結論を導く。

(2) 可知論的な立場による責任能力判断

精神医学的診断（疾病診断）を下し、さらに個々の事例における精神の障害の質や程度を判断し、その精神の障害と行為との関係についての考察に基づいて、責任能力を判断する。

ところで、人の意思決定過程は究極的には説明できない部分があるのは確かである。この点で不可知論はある程度支持される。一方で精神症状が行動の動機づけに関わることがあるのも確かである。つまり可知論もそれなりに支持される面がある。

したがって、どちらの立場に立っても、現実的に責任能力の考察をおこなっていくうえでは、完全に他方の視点を排除することはできない。つまり、評価を「厳密にはできない」という点を重視するのが不可知論“的”立場であり、「かなりの程度までできる」という点を重視するのが可知論“的”立場であるということになる。

鑑定にあたって、このいずれの立場にたつのかは、個々の鑑定人にゆだねられている。しかし、近年は可知論“的”な立場をとる鑑定が多くなり、そしてそれを採用する法廷も多くなっている。

その理由として、たとえば①臨床では統合失調症などに軽症例が増えていること、②疫学的研究や生物学的研究からも従来のように外因性、心因性、内因性という疾患の病因論的な分類が必ずしも明確な境界線を引くことができなくなっていること、③生物学的研究や疫学的研究が新たな知見を明らかにし続けており、かつ操作的診断基準の汎用がすすむことで、従来の慣例の基礎となっていた従来診断（伝統的診断）とは疾患概念が異なってきていること、④その操作的診断基準は将来確実に変更されていくから「慣例」の構築が難しいこと、⑤精神障害者のノーマライゼーションや社会復帰の動きなどとあいまって、精神障害者をあたかも社会的な機能を失った人たちとしてひとくくりにするのではなく、その精神機能をより綿密に多面的に評価するようになってきていること、などがあげられる。

このように精神医学や精神医療の状況は、可知論的な精神鑑定に親和性がより高まる傾向にある。また、裁判所の判断もおおよそ、そうした動向に一致しており、その立場を支持する法曹の見解として、1984年7月3日の最高裁第三小法廷決定の判旨にはつぎのようなものが示されている。

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定すべきである

※下線は著者による。

また、平成21年から開始される予定である裁判員制度では一般人が裁判に参加することになる。彼らに対しては、おそらく「重症の統合失調症ならば原則として心神喪失ということになっている」と不可知論的に述べるよりも、精神障害と事件との関係を整理して、可知論的な説明をするほうが（鑑定の結論自体に裁判員が同意するかどうかは別としても）、少なくとも裁判員の間で行われる議論を現実的なものにするのでないかと思われる。

研究班では、このように「可知論と不可知論のどちらがより望ましいのか」という議論を十分に重ねたうえで、研究班では、可知論的な立場に立った鑑定を精緻なものにする作業をすすめることが、現実的であると考えた。本手引きも、そういった方向で作成されている。

ただ、こうした可知論的な視点を優位に考える方向性は、一方では責任能力の減弱や喪失を認める範囲を狭くしすぎる危険性もあるし（了解可能性や合目的性を過剰に評価するなど）、逆に、責任能力の減弱や喪失を認める範囲を広くしすぎる危険性もある（犯罪をしたということは制御能力がなかったからであるといった説明を取り入れすぎるなど）。両方の危険性に注意した慎重な評価をしなければならない。

なお、具体的な可知論的な考え方については、岡田の論考（岡田幸之：刑事責任能力再考－操作的診断と可知論的判断の適用の実際、精神神経学雑誌107(9):920-935, 2005）などが参考になるであろう。

■推奨2 ■ 鑑定書意見の観点～弁識能力と制御能力

【要点】

責任能力を構成する能力は、弁識能力と制御能力に焦点をあてて整理することを推奨する。

※かならずしもこの両者が明確に区別できるというわけではない。

※法曹が別の視点や言葉をつかたかたちでの報告を求めるならば、この限りではない。したがって、個々の鑑定をするにあたっては、事前に、その鑑定依頼者とのあいだで、どのような観点から整理すべきかをよく協議しておくことが望ましい。

※とくに裁判員制度の運用にあたって、こうした用語や概念の法廷での扱いが変更される可能性があることに注意が必要である。

刑法第39条には次のように記されている。

心神喪失者の行為は罰しない。

心神耗弱者の行為はその刑を減輕する。

しかし、ここにある「心神喪失」「心神耗弱」がそれぞれ何をさすのか、ということは法律の中にはどこにも記されていない。

法律家はこれをどうみているのかというと、その基本的な見方をあらわしているもののひとつとされているのは、1931年の大審院判決である。そこには次のように記されている。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により①事物の理非善悪を弁識するの能力なく、または②この弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

※原文より読みやすくするために現代表記に変更した。また、下線は著者による。

上記のうち、下線部の前者①が弁識能力（あるいは弁別能力、判断能力、認識能力など）、後者②が制御能力（あるいは統御能力など）と解せられる。

そして、現在の法学理論や法曹の実務のなかでは、刑事責任能力について細かく検討する場合には、この二つの能力についてみるのが一般的であるといえる。

ここで、海外の例をみても、有名なマクノートン準則では「行為時に、精神の疾患により、①その行為の本質がわからないほど、もしくはわかっていたとしても①その行為の善悪がわからないほど、理性が欠如した状態であった」ものを心神喪失ととらえている。つまり、弁識能力（のみ）を採用している。また、米国のALI（米法協会）準則では「行為時に、精神の疾患により、①その行為の善悪がわからなかった、もしくは、②行為を法に従わせることができなかった」ものを心神喪失としており、弁識能力と制御能力との両者を見ている。

この①弁識能力と②制御能力をどう扱うかについては、①弁識能力のみに依拠すべきか、①弁識能力と②制御能力の両者に依拠すべきかといった議論がある。

実際、米国の現状では、ALI準則が②制御能力を考慮するためにあまりにも幅広く心神喪失を認定することが問題視されるようになり、多くの州でマクノートン準則への回帰をはかる、つまり①弁識能力のみによる判断を採用する傾向にある。

以上からすると、まず鑑定の依頼者であり鑑定結果の報告をする相手である日本の法律家が①弁識能力と②制御能力の両者を見ろという立場をとっているのであるから、原則として、精神科医もこの見方にあわせた説明を構成できるように準備しておくのがもっとも適当であると思われる。

この手引きでも、刑事責任能力という法的な能力を構成する能力として、①弁識能力と②制御能力の2つを念頭におき、それらを精神医学的に説明するというのを推奨するものである。

ただし、できるだけ、米国の例に見るような議論が今後、起こる可能性もあることを念頭におくのがよいと思われる。両方の能力をみるのがよいのか、一方の能力だけだとすればどちらの能力をみるのがよいのか、さらには、そもそもこの2つの能力によって整理してみるのがよいのか、というのは、最終的には法的な議論のなかで決められるべきことである。

ことに平成21年から施行される裁判員裁判においては、一般人である裁判員にとって理解しやすいことが刑事訴訟手続き全体に求められている。そのため、このような「弁識能力」とか「制御能力」という特殊な用語を避けて裁判をおこなう可能性がある。

また精神医学的にこれらの能力をとらえようとしたとき、どこからどこまでを弁識能力として、そして制御能力としてとらえればよいのかということも必ず

しも明確になっているとはいえないし、そもそもこの2つの能力によって説明することが妥当であるのかということにも議論を要するといえる。

こうした法廷の動向や、精神医学的な立場からの議論のすすみ具合をよく見ながら、どのようなかたちで刑事責任能力の参考意見を整理するのがよいかを法曹に協力しつつ模索することが、刑事責任能力という“法的判断”のための資料を提供する立場にある鑑定人、精神科医としてとるべき方向性ではないかと思われる。

そして、もし法律家が別の整理のしかたを採用するのならば、われわれ精神科医は、彼らの整理方法による彼らの要請にできるだけあうようなかたちで鑑定結果の報告をするべきであろう。

この点で、それぞれの鑑定にあたっては、どのような観点から意見を述べるべきなのかについては、事前に、鑑定依頼者である検察官、弁護士、裁判所などとよく相談をしておき、同時にその限界についても理解を求めておくことが望ましいといえる。

本文中で紹介した米国における刑事責任能力の動向については、下記などを参照のこと。

- 1) 岡田幸之、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子：米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その1)。犯罪学雑誌72(6)：177-188, 2006.
- 2) 岡田幸之、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広：米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その2)。犯罪学雑誌73(1): 15-26, 2007.
- 3) 岡田幸之、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈：米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その3)。犯罪学雑誌73(2); 36-47, 2007.
- 4) 岡田幸之、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政：米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介(その4)。犯罪学雑誌73(4); 108-120, 2007.

■推奨3 ■ 心神喪失、心神耗弱、完全責任能力

心神喪失や心神耗弱の水準の判断も難しい。あらためて1931年の大審院判決を示す。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により事物の理非善悪を弁識するの能力なく、またはこの弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

下線部に注目すると、弁識能力や制御能力について、心神喪失は失っている状態、心神耗弱は著しく減退している状態ということになる。

とくに心神耗弱については、当該の能力が著しく減退した状態であるから、「(著しくない程度に)減退した状態」ではこれに相当しないということになる。

精神障害が存在する場合、とくに可知論的に当該行為との関連性を考察すると、そこに精神障害が大抵はなんらかのかたちで関与している。しかし、上記のような観点からすれば、たとえ関与がみられても、その結果としての能力の障害の程度が「著しい」ものでなければ、心神耗弱に相当するような判断はなされないことになる。

再三述べているとおり、責任能力は法的な判断であり法廷では裁判官によって決められるべきものであるけれども、鑑定人も自らの意見を構成するにあたって、能力の程度について何らかのイメージをもつことにはなるであろう。その際に、能力の障害の程度については、「著しく障害されていた」と「障害されていなかった」との間に「(著しくない程度に)障害されていた」という水準を想定しておくべきである。

そして、ここで最も重要なのは、犯行時に何らかの精神障害に罹患していさえいれば、心神喪失か心神耗弱のいずれかにあたるという理解は誤りであるということである。

なお、こうした水準を想定しておくべきではあるが、実際の鑑定書にどういった言い回しをするのか、どこまで言及するのかについては、あくまでも当該の法廷の要請(起訴前の鑑定であれば検察官の要請)に従うべきである(推奨2と同様)。

ちなみに、刑事責任能力そのものは法的に判断されるものであるということから、その法的な言葉を直接に用いた「心神喪失である」とか「心神耗弱である」といったことを鑑定主文には書かないことが精神科医のなかでもおおよその通

例となっている。そのかわりに、その法的な結論にかなり近似する、そして上記大審院判決にも使われている表現を使って、①や②の能力が「失われていた」とか「著しく障害されていた」という表現をいわば婉曲的に使用してきた。

しかし、近年の法廷のなかには、このような婉曲的な表現にしても、結局は最終判断に直結する意見ではあるので、そこまでは求めないという方針で鑑定を依頼するところもでてきている。

一方で、最高裁判所2008年4月25日判決には次のようにある。

生物学的要素である精神障害の有無及び程度並びにこれが心理学的要素に与えた影響の有無及び程度については、その診断が臨床精神医学の本分であることにかんがみれば、専門家たる精神医学者の意見が鑑定等として証拠になっている場合には、鑑定人の公正さや能力に疑いが生じたり、鑑定の前提条件に問題があったりするなど、これを採用し得ない合理的な事情が認められるのでない限り、その意見を十分に尊重して認定すべきものというべきである。

すなわち、鑑定意見における心理学的要素への言及内容が決して軽んじられるわけではないことも確かである。

また、検察官が起訴前に行う鑑定では、起訴、不起訴を判断するためにより明確な結論を求める傾向にあるといえる。

こうした多くの複雑な現状をふまえると、鑑定を結論するにあたっての表現は、その依頼主とよく相談しておくべきであるし、こうした鑑定に対する要請の動向には常に注意しておく必要があるといえる。

■推奨4 ■ 「精神の障害」について

【要点】

当該行為時の弁識能力や制御能力の障害が「精神の障害」によるものであることを確認すること、および、臨床的に何らかの精神医学的な診断名が付されたとしても、それがここでいう「精神の障害」に該当するかどうか慎重に検討することを推奨する

再び1931年の大審院判決を例にする。

心神喪失と心神耗弱とはいずれも精神障害の態様に属するものなりといえども、その程度を異にするものにして、すなわち前者は精神の障害により事物の理非善悪を弁識するの能力なく、またはこの弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害いまだ上述の能力を欠如する程度に達せざるも、その能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす。

下線部に注目すると、弁識能力や制御能力になんらかの障害がある場合に、これを心神喪失や心神耗弱の根拠とするにあたっては、それが精神の障害に由来するものであることが求められることがわかる。

わが国においては、ここでいう「精神の障害」がいかなる範囲のものを指すのかを明確に示した基準はない。しかし、少なくとも「精神の障害」という条件を考えずに、「事件を覚えていないから」とか、「過剰に興奮していたから」といったことだけを根拠や理由として弁識能力や制御能力に障害があったというのでは、足りないことは明らかである。

さらに、法律の上でいう「精神の障害」と精神科医がその専門領域でいっている「精神障害」とは必ずしも同じものではないということにも注意をすべきである。とくに、精神医学的にも、上記の大審院判決が出されたときに「精神障害」とされてきたものとくらべると、現在、「精神障害」としているものはより広いものを含んでいる。またそれは今後も比較的容易に変わっていく。つまり、古くから主要精神病 major psychosis とか三大精神病、二大精神病などと呼ばれてきた疾患概念にはおおよそ含まれ得ない、幅広い精神障害を「DSMやICDに掲載されているから」という理由だけで、この法律的な文脈でいう「精神の障害」と認めて良いのかについて、慎重であるべきであり、そう認めるにあたっては鑑定書のなかで相応の説明をする必要があると思われる。

このことはたとえば、小児性愛 (DSM-IV-TR 302.2)、露出症 (DSM-IV-TR 302.4)、窃視症 (DSM-IV-TR 302.82)、窃盗癖 (DSM-IV-TR 312.32)、放火癖 (DSM-IV-TR 312.33) といった、その障害の特徴的な行動様式自体が特定の犯罪行為となりうる診断、あるいは反社会性パーソナリティ障害 (DSM-IV-TR 302.4) や行為障害 (DSM-IV-TR 302.4) といったその診断基準がとりまとめる一連の生活行動様式が犯罪や非行傾向そのものを意味する診断があることから、理解できるであろう。

また同様の意味で、何らかの臨床検査で「異常所見がみられたから」といった理由だけで、ここでいう「精神障害」に該当すると考えるべきではない。そ

の障害が事件に関連していることを合理的に指し示す必要があるといえる。

ところで、精神医学の診断には、従来診断や操作的診断があり、またそれぞれの精神科医がそれぞれの診断名について抱いている微妙なニュアンスには違いがあることも少なくない。このような事情は一般人にはあまり理解しやすいものではない。そこで必要に応じて、鑑定書のなかで示した診断名について、その疾患概念の背景を説明したり、あるいは他の医師であれば場合によっては（同じ状態像の理解を前提としながら）違う診断名を付けるかもしれないこと、その場合にはどういう診断名があげられる可能性があるのかということなどを述べたりするほうがよいかもしれない。そうしてあらかじめ法律家や一般人がその診断名を見たときにおこりうる混乱をあらかじめ予想した配慮をしておくこともすすめられる。

■推奨5 ■ 医療の必要性など「参考事項」として記すべき事項

【要点】

医療の必要性等は、刑事責任能力とは明確に区別して、「参考事項」の欄に積極的に述べることを推奨する。

※参考事項の欄にどのようなことを記載してほしいのかについては、鑑定の依頼者である司法関係者に確認をするとよい。

刑事責任能力に関係する精神医学的な能力は、弁識能力と制御能力であるという整理は、刑事責任能力として精神医学的に言及すべきことは例えば「治療が必要である（医療必要性）」といったこととは別であるということを明確にする。

ただ、精神医学的な治療の必要性などについては、その事例に深く関わる機会を得た精神科医として言及することは、本人にとっても司法にとっても有用であろう。そういった視点からの意見を、しばしば鑑定において求められる「その他参考事項」に記するのがよいであろう。

そして、そのような記載を積極的にすることにより鑑定人の責任能力に関する考察を、より純粋に弁識能力と制御能力に基づくものとすることができるはずである。

このように、鑑定作業の中でみえてきた事項であっても責任能力に直接関係しないものは、あいまいに刑事責任能力の説明のなかに混入させるのではなく、それとは明確に区別して、「参考事項」の欄に記するのが望ましい。

そうした例として、以下のようなものがあげられる。ここにあげる例の多くは、実際に、著者らが鑑定をおこなってきたなかで、司法関係者（裁判官、検察官、弁護士）から言及を求められたことのある事項である。

なお、こうした言及にあたっては、その必要性などについて、鑑定を依頼した司法関係者に確認しておくとよい。

- (1) 医療観察法による処遇の申立の適否や審判で入院・通院による処遇の判断がなされる可能性。具体的には、医療観察法の処遇要件となる3要素（疾病性、治療反応性、社会復帰（障害）要因）の評価など（詳細は、医療観察法の鑑定のためのガイドラインなどを参照すること）。
- (2) 精神保健福祉法第25条の通報の要否ないし適否。その通報の結果、措置入院の判断がなされる可能性など。
- (3) より一般的な意味での精神医学的治療（入院、通院）の必要性、その緊急性など。ときに処遇中の自殺の危険性についての注意喚起をすべき場合もある。

- (4) 訴訟能力（たとえば、被告人としての重要な利害を弁別し、それにしたがって相当な防御をすることの出来る能力など）、およびその治療による回復可能性など。※ただし、本邦においては「訴訟能力」の定義は十分な検討がなされているとは言い難い。したがって、これに言及する場合には、具体的にどのような能力についての評価を法廷が要請しているのかを慎重に吟味しなければならない。
- (5) 供述の信憑性等に関連する事項。たとえば、虚言、誇張など。（ただし、診断の前提として重要である場合には、診断の理由等として本文中に記す。とりわけ「詐病」などについては診断名のところに明確に記すべきである。）
- (6) 供述の理解にあたって、精神医学的に有用と思えるような示唆。例えば、広汎性発達障害のケースでの特異な言語表現がある場合や、コミュニケーションをとるうえで工夫すべき点がある場合の解説など。
- (7) これまで過去に当該事例をめぐって生じてきた（解決されてこなかった、悪循環を招いていた）問題や、医療システム、刑事司法システムなど、それぞれの処遇がおこなわれた場合、おこなわれない場合に生ずることが、今後、予想される問題についての、精神医療の専門家の視点からの整理、説明および提案など。たとえば、安易に心身喪失と判断して医療システムで扱ってきたことで生じる（生じてきた）問題を説明するなど。
- (8) 刑事責任能力に関連する事項ではあるが鑑定人個人の立場からの見解や提言というべきもの。たとえば、「自ら使用した薬物に由来する精神障害」や「違法薬物の使用に由来する精神障害」に関する考え方など。
- (9) その他の法的判断を法律家がするときの資料としての参考意見を求められた場合。例えば、「特定故意」の認定に関するような事項、つまり殺人罪なのか、傷害致死罪なのかという法的判断に関して、「殺意」といえるものがあつたのかどうか、というようなことが問題になることがある。この判断自体は、高度な法学的検討によるべきものであるから、精神医学の専門家にすぎない鑑定人がその判断をしてはならない。しかし、そのような法的判断を法律家がするうえで、有用と思われる参考事項があり、かつそれを述べて欲しいという鑑定依頼者からの求めがあるならば、（あくまでも参考という程度に）この欄に述べることになる。
- (10) その他の医学的配慮について。たとえば、身体疾患やその治療の必要性についてなど。

■推奨6 ■ 情報について

【要点】

鑑定における評価、判断の前提となる事実については、細心の注意を払うこと。

鑑定書を作成するにあたっては、さまざまな箇所、本人の供述を引用したり、供述に依拠した事実を前提にしたりして、評価や判断をすることになる。

まずこの「事実」の整理をおこない、そして次に「評価」や「判断」を行うという二段階の構造で作業をおこなうということは、あらためて確認されるべきである。

そして、評価や判断の前提とする「事実」の取り扱い、客観的な「事実」として（法廷で）確定されたものばかりではないのが通常であるから、細心の配慮が必要である。ことに起訴前鑑定ではそういった事態は不可避である。また、起訴後の鑑定では、さまざまな事情により、本人の供述内容が大きく変化していることも少なくない。したがって、どのような情報源から得た、どのような情報を前提としたのかが、あとから分かるように心がけるとよい。

例えば、鑑定にあたって資料とした情報源をはじめに列挙しておき、(a)(b)…などと符号をつける。そして、鑑定書本文の記述の中では、その符号を利用して引用し、情報源を明確にするとよい。

また、例えば、鑑定の問診の際に聞いたことを前提にしたが、それが捜査段階での供述と異なるような場合には、鑑定での供述を根拠として採用した理由を示したり、あるいはもし捜査段階の供述を信用した場合には判断が異なるのかなども記載しておくことが望ましい。

こうした点では例えば、警察官や検察官による調書というのは、取調べをする捜査者が本人から事情を聴取して、文章として作成し、その内容で間違いのないかを読み聞かせて本人に確認するという手続きで作成されているものであり、必ずしも完全に本人が語った生の「言葉」をそっくりそのままに記しているというわけではない（※その旨を明記して逐語で記している箇所がある場合もある）ことなどにも注意が必要である。

情報が不足して判断が確定しない場合には、その旨を記し、どのような情報があとから加われば、どのように判断が変わりうるのか、確定しうるのかなどを述べるのも丁寧でよい。

鑑定人としては情報を入手しよう努力としたにもかかわらず、それが何らかの理由でかなわなかった場合には、その経緯を記しておくことも、すすめられる。

なお情報の入手にあたっては、原則として、鑑定依頼主を通じて行う（もしくはその承諾や許可を得て行う）のが間違いがなくてよい。鑑定人が独自に情報入手をしようとする事、あるいはそうした情報を基礎にして鑑定書を作成することで生ずる可能性のあるトラブルを避けるためである。したがって、前述のように入手を試みながら入手できなかった資料があるとするれば、たとえば「〇〇に関しては裁判所を通じて入手を試みたが、すでに保存期間を過ぎているため入手不可であるとの回答があった」などと鑑定書に記しておけばよいことになる。

参考1 鑑定の考察にあたっての7つの着眼点 ～法曹への説明に備える

われわれの研究班では、その討議を経た提案（通称、平田提案）に基づき、責任能力について言及する場合に有用であると思われる考察のための着眼点をまとめた。

■位置づけの変更について

この着眼点は、初版の17年度版で紹介してから、18年度版でも、また今回もいくつかの点で改訂を加えている。そのもっとも大きな変更は位置づけの変更にある。今回からは【推奨】の項目から、【参考】の項目へと変更し、そして、書式のなかでは「別紙」へと移動することになった。その理由については、本手引き冒頭の「18～20年度総括版にむけて」で述べたとおりであるので、使用前にぜひ一読していただきたい。

■7つの着眼点

この7つの着眼点としてあげられた各項目は、行為前後のおおよその時間的な流れにそって列挙すると以下ようになる。

- a. 動機了解可能性／了解不能性
- b. 犯行の計画性、突発性、偶発性、衝動性
- c. 行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識
- d. 精神障害による免責可能性の認識の有／無と犯行の関係
- e. 元来ないし平素の人格に対する犯行の異質性、親和性
- f. 犯行の一貫性・合目的性／非一貫性・非合目的性
- g. 犯行後の自己防衛・危険回避的行動の有／無

※これらはいくまでも確認や整理のための着眼点であるから、各項目は、“ニュートラル”に位置づけて、たとえば①であれば了解の可能性と不能性の両面から、⑥であれば合目的性と非合目的性の両面から、とらえるという姿勢が求められる。

※どれか1つが該当したからとか、どれか1つの項目でも該当しないから、あるいは何項目あてはまったので、といったことで判断をするような性質のものではない（たとえば「基準」のようなものではない）ことにも十分に注意が必要である。

7つの項目の詳細は以下の通りである。

a. 動機 の了解可能性／不能性

どのような動機による犯行であるのか。症状（妄想など）に基づく明らかに不合理で了解不能な動機だけが認められるのか。現実の確執、利害関係、欲求充足など了解可能な要因があるか。一見了解可能であるだけなのか。了解不能の程度（たとえば妄想の奇異さの程度）にも言及するほうがよい。おそらくこの着眼点については、他に比べて総合的評価における比重が大きくなることが多いであろう。

b. 犯行の計画性／突発性／偶発性／衝動性

何らかの計画性があると評価できるか。その緻密さはどの程度か。現実的な計画と言えるか。計画的というよりも、突発的、偶発的、あるいは衝動的なものであるか。

ただし、計画性とか衝動性の有無そのものが、即、弁識能力や制御能力といったものの評価になるわけではない。たとえば単純に、計画的であれば制御能力がある、衝動的であれば制御能力がないという結論になるわけではない。その犯罪には計画性や衝動性があるか、それは具体的にどのような面で確認されるか、そしてその計画性や衝動性にはどのように、どれくらい精神障害がかかっているかに注目することが必要不可欠である。

この項目は、事前の行動をみるため、犯行時点での能力をそのまま反映していない場合があることにも注意しなければならない。

c. 行為の意味・性質、反道徳性、違法性の認識

当該行為をどのように意味づけていたのか。違法で反道徳的なものであるとの認識をもっていたのか。たとえば、被害妄想の妄想上の加害者に対する正当なる反撃であると思いつこんでいるなど、精神症状に基づく誤った現実認識が原因となって、正当防衛的な行為であると妄信していたのか。

また、たとえば「殺人一般」に対してもっている善悪の判断と、自分が行った「殺人」に対して持っている善悪の判断に乖離がある場合があることにも注意すべきである。

不合理な正当化はあるとしても、それは自己愛的ないし猜疑的な人格傾向に基づくものではないかなどにも注意する。

あくまでも犯行時の認識を問うのであり、事後の反省などとは基本的に区別される必要がある。

d. 精神障害による免責可能性の認識

犯行当時、あるいは犯行に先立って、自らの精神状態をどのように理解していたか。いわゆる病識や病感はどうであったか。精神障害による免責の可能性の認識をしていたか（「心神喪失」「心神耗弱」という法的な抗弁があり、それが自分に適用される可能性があるということを知っていたか）。その認識が動機として関係していたと評価できるか。

このとき、犯行後に本人が過度に精神症状や異常性を誇張したり、それらをねつ造したりしている様子の有無なども参考にはなるが、それは犯行時の能力に直接関係する要素ではないので、基本的には区別されなければならない。

e. 元来ないし平素の人格に対する犯行の異質性・親和性

この項目では、犯行が当人の人格から考えて異質なものであるか、親和的なものであるかについて検討する。これは以下の2つの視点をもつ必要がある。

(1)元来の人格を比較の対象として、統合失調症や慢性の覚せい剤使用の結果としてみられるような、いわゆる発症後の人格変化がある場合に、その病前と比べて認められる人格（性格）の変化が事件に関連しているか。

(2)犯行という比較的短期間の人格や精神機能全般を、それ以前やそれ以後の比較的長い期間のそれと比べたときに異質であるとか、断絶しているといった様子があり、それが事件と関連しているといえるか。例えば薬物の急性中毒や統合失調症の急性錯乱にみられる可能性があるもの。

なお、記憶の欠如（健忘）の存在が、犯行時に本人が(2)のような状態にあったことの傍証とされることがある。けれども、一般的に事件の最中には確実に本人の意思によって行動しているとみられる加害者が、事後になって、事件について覚えていないと述べることは非常に多いことから、そうした記憶の欠如の取り扱いには注意を払わなければならない。少なくとも、覚えていないという言葉以外に(2)を示唆する情報が得られない場合には、真に記憶の欠如があるのかという点を含め、また、記憶が欠如しているとしてもそれは事後に健忘が生じたばかりではないかということも含め、相当に慎重になるべきである。

f. 犯行の一貫性・合目的性／非一貫性・非合目的性

犯行の意図を実現するために一貫性のある行動をとっていたか。犯行意図の形成が不明確で、衝動的・偶発的な行動の結果として犯行が突出したもの（急性精神病による混乱の渦中で生じた犯行など）で、非合目的な行動や奇妙さがみられると評価されるか。短期的な視点と長期的な視点に分けて論ずるほうが良い場合もある。

この点の評価、とくに合目的性の評価にあたっては、少なくとも次のような注意が必要である。すなわち、何らかの犯行を成し遂げているということになれば（あるいはそれが法律上は“未遂”であるとしても）、何らかの点で合目的な行動をとることができている——たとえば、完全に妄想のみに由来する病的な目的を達成するための犯罪であっても、その行動には合目的性が必ず見出される。つまり、合目的性を過剰にはかりすぎることはさけられなければならない。

g. 犯行後の自己防御・危険回避的行動

犯行後に逃走や証拠隠滅、虚言などの自己防衛的な行動をしていたか。被害者の救助や火災の消火など危機回避的な行動があったか。それらは、行為の性質や意味、善悪の判断に関係するものといえるか。あるいは、行動の一貫性等の面からはどう評価されるか。なお、事後の行動をみるため、犯行時点での能力をそのまま反映していない場合があるので注意が必要である。

■7つの着眼点の扱いについての注意

7つの着眼点については、①項目間でその重要度は同等ではないこと、②各項目は独立しているわけではなく、項目間に重なり合うことがらもあること、③どれかひとつの項目に該当したからとか、何項目あてはまるからというようなことで刑事責任能力を判断するようなものではないこと、④各項目について一方向だけからみるのではなく、ニュートラルな視点から評価する必要があること（たとえば動機了解可能性だけでなく、了解不能性にも目を向けること）、⑤事件によっては全く検討の必要がないものもあること、⑥検討をしても明確に言及することが難しいものもあること、などに注意しなければならない。

■7つの着眼点と総合的な最終判断との関係についての注意

これらの項目はあくまでも「視点」としてあげるものである。たとえば「基準」のように扱われるべきものではない。直接、弁識能力や制御能力の程度、あるいは刑事責任能力の結論を導くものでもない。これらの項目のうちどれかひとつでも欠けば、あるいは満たせば、刑事責任能力が認められるとか失われているというような判断ができる、というものではない。

たとえば、完全に動機が奇異な妄想のみに由来していて、合理的で現実的な理由が一切うかがわれないような場合でも、事件をおこす（おこした）ということは必然的にある程度の合目的的で一貫性のある行動をしている（いた）ことになる。このような事例で、あまりにも「合目的的だから」というような点

に着目しすぎると、ほとんどすべての事件で能力が保たれていたことになってしまうからである。

最終的にはこの着眼点を参考にしたうえで、犯行と精神障害との関係を中心にした総合的な説明を法曹に提供することになる。

5. 医療観察法の審判において留意すべき事項

※平成17年度厚生労働科学特別研究 中島 豊爾

医療観察法の審判において、鑑定医は、医療観察法による医療を行う必要性についての鑑定を求められる。その鑑定結果の記された鑑定書は審判の結果に大きな影響を与えるものであり、鑑定書の作成に際して熟慮を要すべきことは言うまでもない。今回、鑑定書の収集及び分析により、下記の論点が明らかになった。以下に、事例を交えながら詳述する。

1. 医療観察法による医療の必要性について
2. 入院処遇と通院処遇の選別について
3. 対象行為又は責任能力に関して疑義があった際の対応について

《中略》

※なお、事例検討における鑑定書の抜粋については、特に議論の余地のある部分を抜粋したものであるが、個人情報保護のため一部記載を省略又は一般的な表現に改変するなどの処置を行っている。

1. 医療観察法による医療の必要性について

- 具体的には、「他害行為を行った時点での精神障害の存在（疾病性）」「精神障害の治療可能性（治療反応性）」「同様の行為を行うことなく社会復帰を促進させるための医療の必要性（社会復帰要因）」の三者が、医療観察法による医療を行うための要件であるとされる。
- 特に、3点目の社会復帰要因については、単に同様の行為を行う漠とした可能性があるのみでは不足であり、精神障害に基づき社会復帰の妨げとなる同様の行為を行う具体的現実的な可能性を含め、対象者の社会復帰を支援する側面から医療観察法による医療を提供することの是非について論じる必要がある。
- また、本来対象者の病状に関する純粋医学的判断を求められるところ、個別具体的な事情に応じ、対象者を取り巻く心理社会的環境にも言及する必要がある。

【うつ病】

被害妄想により家族を殺害したが、公判中に治療を受け、無罪判決に基づく申立て時点では寛解していた事例

- 審判時点で寛解、治療反応性良好、家族の協力もあり、対象者や家族の治療動機良好
⇒ 不処遇

一般精神医療で再び同様の行為を犯す可能性は低い。

【統合失調症】

鑑定入院中に精神症状は改善したが治療への理解が得られない事例

- 現時点で対象者は治療を拒否し、家族の治療協力も不十分で、一般的な精神科医療で十分な医療を確保できない。
- ⇒入院による医療

【アルコール・薬物関連障害】

- 対象行為時は、精神病状態で心神喪失等の状態にあったが、鑑定時には精神病は消失し依存症のみ残っている場合
- ⇒再び同様の行為を犯す具体的現実的可能性が高いなら依存症を対象行為時と同様の疾患とみなし医療観察法で処遇し、再び同様の行為を犯す具体的現実的可能性が明確に高いとまで言えないなら、不処遇で一般医療での任意の対応を図るという考え方は首肯できる。なお、責任能力に関しては、使用開始時の状態は心神喪失等でないので、使用により自らが精神病状態に陥ることを知っていたなら、「原因において自由な行為」として責任を問う考え方がある。

2. 入院処遇と通院処遇の選別基準について

- 入院処遇と通院処遇の選別については、次のようないくつかの視点を総合して判断することが求められる。
 - ・ 疾病性、治療反応性、社会復帰要因からみて医療観察法による入院医療が不可欠であれば、入院処遇とする
 - ・ 院処遇では医療の継続性が確保されないならば、入院処遇とする
 - ・ 治療の動機付けが不十分で周囲の援助も期待できなければ、入院処遇とする
 - ・ 精神保健福祉法による入院で足りるならば、入院処遇とはしない
 - ・ あえて指定入院医療機関の専門医療を適用する必要性がなければ、入院処遇は選択しない
 - ・ 遠方の指定入院医療機関への入院が社会復帰を阻害する時は、入院処遇は慎重に考慮する
- 入院処遇か通院処遇かの判断を行うにあたり、下記の諸要素を勘案する必要がある。※（◎：高い該当性、△：状況による個別的該当性、×：非該当を例示）

入院治療適合性（入院による治療で改善が期待できるか）

◎統合失調症、気分障害、意識障害などの急性期

△統合失調症慢性期、妄想性障害、強迫性障害、解離性障害等

×合併している薬物依存、人格障害、認知症、知的障害等

・入院処遇不可避性（行動病理が強く入院以外の処遇では処遇困難であるか）

◎自他への攻撃行動や離院行為の現存、内省の欠如、顕著な他罰的傾向

△不十分な病識、家族の無理解・非協力

×攻撃性・非社会性が微小、治療同意の存在、十分な家族の理解・協力

・（参考的に）対象行為該当性

○意図的な殺人、無関係の第三者への他害行為、複数回の他害行為歴

△比較的軽度の傷害、家族関係の中で起こった他害行為、初回の他害行為

※なお、対象行為該当性に関しては今後詳細かつ慎重な議論が必要である。

【妄想性障害】

嫉妬妄想が高じて配偶者への傷害を行った高齢者の事例

○嫉妬妄想は訂正不能だが、限定的ながら医学的治療による改善も期待できる。病状改善と再発防止、社会復帰を確実にするため本法による医療が必要である。

○脳器質疾患による認知機能の低下や生来の非社交的人格傾向、指定入院医療機関が遠隔であることを総合的に考えると通院による医療がふさわしい。

○家族状況を考慮すると、直ちに在宅医療とするのは困難。

（解説）

・「入院処遇未滿、通院処遇以上」事例への有効な処遇の検討必要

・通院処遇としつつ精神保健福祉法による入院を行うことも一定の妥当性

【統合失調症】

鑑定入院中に不完全寛解に至った事例

○治療の継続がなされなければ幻覚妄想状態が再燃し、対象行為を行ったときと同様の幻覚妄想、混乱状態が惹起される可能性がある。

○幻覚妄想状態は次第に改善、病識も出現しつつあり。

家族も治療に協力的である。

⇒通院処遇

(解説) 精神症状が軽快傾向にあり、治療意欲も芽生えつつある場合は、通院処遇が有効な選択肢。

【統合失調症】

鑑定入院中に症状は軽快したが病識が欠如している事例

- 薬物療法により「注察感」「暗号による指示」といった症状は改善したが、「ヤクザは撲滅する」との妄想は強固。贖罪の念も芽生えていない。「自らで取めた」と病感を消失させ治療意欲を減退させている。

⇒ 入院による医療

(解説) 審判時点で病識が欠如している場合には、通院処遇によっては医療の継続が損なわれる危険性がある。

3 対象行為又は責任能力に関して疑義があった際の対応について

- 医療観察法による審判においては、入院処遇、通院処遇、不処遇のいずれかの決定が行われるが、例外的に、審判の途上であっても裁判官により申立却下とされることがある。
- 具体的には、検察官による不起訴に基づく申立てにあって、「対象行為の不存在」、「対象者が完全責任能力である」、「不適法の申立て」においては、裁判官は決定を以て申立てを却下することができる。他方、無罪判決の確定後においては、却下規定は存在しない。
- 申立却下は専ら裁判所の裁判官に与えられた権限ではあるが、精神保健審判員ないし鑑定医にあっては、自らの職能を発揮し、必要に応じ申立てを却下するよう裁判官に要請すべき場面がありうることが想定される。
- 特に責任能力については、今般、責任能力鑑定（特に簡易鑑定）の信頼性に疑問が示されていることから、ダブルチェックの意味合いがあることも認識すべきである。

【混合性人格障害】

- 過去に統合失調症と診断されていたが、操作的診断基準を満たさない。精神鑑定書では「会話はスムーズで連合弛緩などの思考障害も感じさせない。これまでの経過より推測して寛解に近い統合失調症の残遺状態」
- 対象行為は、何とか腹いせをしてやろうと思い、降車駅についてドアが開いたら殴って出てやろうとあらかじめ計画し実行している。簡易鑑定でいうように対象者が心神喪失の状態であったか大いに疑問。
- 人格障害の治療は一般にかなり困難だが、医療観察法の入院治療で、この

機会に適切かつ十分な治療を試みることが有意義。

(解説)

- ・鑑定医は、当初の診断を覆し、人格障害とした時点で、責任能力鑑定についても再検討するよう積極的に裁判所に提言すべき。
- ・審判員は、慎重に精読し必要に応じ再鑑定命令を下すなどの対応を行うべき
- ・このような簡易鑑定を行った医師に対するフィードバックの仕組みが必要

4 鑑定入院中の治療行為について

【妄想性障害】

鑑定入院中に治療への同意が得られなかった妄想性障害の事例

- 鑑定入院後、リスペリドン1mg投与したが拒否が強く、あえて注射などの強制投与は行わず。信頼関係構築をはかったが頑なさに変化なかった。
- 対象者は被害妄想に基づき自らを守るために凶器を所持し、保護するために現れた家族を被害的に解釈し襲った。妄想性障害により心神耗弱。
- 妄想対象への攻撃性は持続し再び同様の行為を行う可能性が高く、妄想対象は家族にとどまらない。対象者に病識はなく通院による医療は困難であり、入院による医療が必要。

(解説)従前な措置入院による医療が提供されたはず。強制的な投薬を含め、より積極的な治療を行う方が妥当だった。

『医療観察法の審判において精神保健審判医が留意すべき事項』〔精神保健審判医ポケットメモ（第一版）作成者 八木 深〕より抜粋うえ一部改変 ※平成17年度厚生労働科学研究 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 -精神保健判定医に必要な知識等の習得方法に関する研究-分担研究者：八木 深

6. 医療観察法鑑定ガイドライン

「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」

(医療観察法)鑑定ガイドライン

厚生労働科学研究研究費補助金こころの健康科学研究事業

「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」

成果報告

(主任研究者 松下 正明)

はじめに

本鑑定ガイドラインは、私が主任研究者として活動を行ってきた厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「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」（いわゆる「松下班」）の研究成果報告書から、当該部分を一部訂正のうえ抜き出したものである。

平成17年7月15日、「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」（「医療観察法」）が施行されることになった。

「医療観察法」の実施にあたっては、入院や通院の現場における医療観察法医療の具体的なやり方や運用の仕方、あるいはその背景にある考え方の統一、さらには司法精神医療レベルの標準化、対象者の人権擁護の確立、精神医療の公開性を保つために、種々のガイドラインが設定されることになった。

周知のように、「医療観察法」における申立て後は、まず精神鑑定（鑑定入院）から始まる。したがって、まずは、精神鑑定のガイドラインが必要となる。とりわけ、「医療観察法」における精神鑑定が鑑定人の恣意性によって勝手に行われるならば、裁判所における判定はもちろんのこと、その後の入院医療、あるいは通院医療、ひいては医療観察法による医療全体に混乱を引き起こしかねないという危惧があり、鑑定ガイドラインの制定は緊要の課題とされてきた。

私は、鑑定ガイドラインもまた、他の「入院処遇ガイドライン」や「通院処遇ガイドライン」、「地域処遇ガイドライン」とともに、厚生労働省から提出されるものと思っていたが、最近になってそうでないことが分かり、急遽、「松下班」において提案された「医療観察法鑑定ガイドライン」をひとつのモデルとして公表することにした。上に述べたように、「医療観察法」においては鑑定における統一性が保たれることが必須であり、そのためにも鑑定ガイドラインの制定が緊要事だからである。

鑑定ガイドラインとして「松下班」の成果をモデルとしたのは、昨年度より

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ね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

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副情報を収集し、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種類、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）。

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ところ、この検察官の申し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し立て、指定入院医療機関の管理者による入院継続の確認の申し立て、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し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し立て、入院によらない医療を行う期間の延長の申し立て若しくは入院の申し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し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

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

（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を参

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

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・治療の般化

社会復帰要因：共通評価項目・その他特記すべき情報

「主文」

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

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」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

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態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病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）

- (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。

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」

- ・ 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。

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、審判時点において逆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。

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. 単に薬理的な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

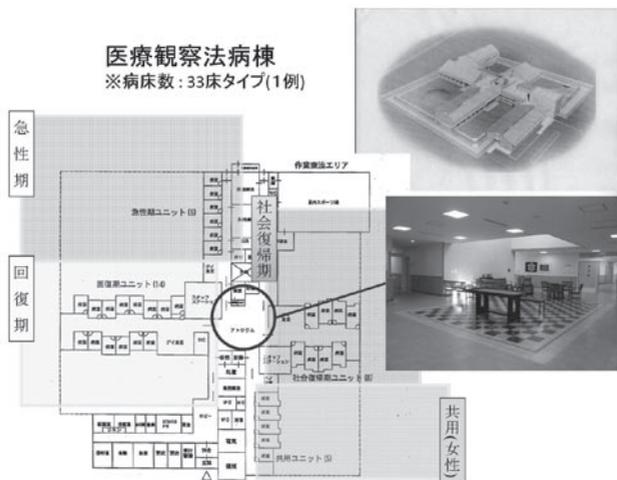
I. 医療観察法審判における指定入院医療機関での治療方法等の理解の必要性

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、入院継続協申立審判、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ある。



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、病棟内を急性期、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教室、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、それらにあ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を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）を定期的に開催し、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、疾患のことや対象行為のこと、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、対象者が対象行為の振り返りを行い、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、生きやすさを獲得できるように支援する。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の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、希望を述べるができ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 | | 火 | | 水 | | 木 | | 金 | |
|-------|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|----------|--|
| 8:00 | 朝練きプログラム | |
| 8:30 | 朝練きプログラム | |
| 9:00 | プログラムM | |
| 9:30 | プログラムM | |
| 10:00 | プログラムM | |
| 10:30 | プログラムM | |
| 11:00 | プログラムM | |
| 11:30 | プログラムM | |
| 12:00 | 個人E+ | |
| 13:00 | 個人E+ | |
| 13:30 | 個人E+ | |
| 14:00 | 個人E+ | |
| 14:30 | 個人E+ | |
| 15:00 | 個人E+ | |
| 15:30 | 個人E+ | |
| 16:00 | 個人E+ | |
| 16:30 | 個人E+ | |
| 17:00 | 個人E+ | |
| 17:30 | 個人E+ | |
| 18:00 | 個人E+ | |

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、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、小集団の中でこれまでの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、より実際的な学習につながるように、プログラムの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、

月1～2回のA.A.(Alcoholics Anonymous)、N.A. (Narcotics Anonymous)メッセージへ参加できるところもある。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ってもらうとともに、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・少人数のクローズド・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。

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・外泊の実際

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、

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

- A. 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。
- B. 対象者が具体的かつ現実的な退院後の生活イメージを持てているか。
- C. 外出・外泊で得た学びや獲得したスキルは何か。
- D. 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。
- E. 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課題であるか。

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」といつている。

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勢構築を見据え、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いても、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書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、その心情を押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、知的障害が中心的な症状で、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かわりを心がけてもらえると幸いである。

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、目的に適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と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、法律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ただけることが、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を裏切りたくない』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、“疾患性”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、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、そ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、色々と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なければならない。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。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を立てられるが、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。

8.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けじめとなりやすい。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「再他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し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版で使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

【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

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、精神保健参与員、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、警察官調書、上申書、弁解録取書、検察官調書、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)、精神鑑定書等が綴られている。

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。このような「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点のポイントが鮮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与員においては、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) _____

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定すべきである。

[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]

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、精神保健参与員、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



| |
|---|
| <p>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、検察官、付添人、社会復帰調整官 対象者、家族等</p> |
|---|

■ 審判期日における裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員の質問傾向

- 裁判官→通常、全般なこと〔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〕
- 精神保健参与員→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、精神保健参与員は、対象者自身の疾病の問題や受入環境のみに目を向けることなく、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確認の決定(第 51 条)」に明確に規定されている。また、立法院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】 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、精神保健参与員、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上で、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

『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)』『意見書』の疑問点、確認事項について ※【 】内は、選択肢等

①『退院前(入院継続)基本情報管理シート』

疑問点・確認事項 【 あり ・ なし 】

〔メモ〕

②『意見書』

疑問点・確認事項 【 あり ・ なし 】

〔メモ〕

③『処遇実施計画書〔※含:クライシスプラン〕(案)』

疑問点・確認事項 【 あり ・ なし 】

〔メモ〕

◆上記の各種資料については、

患者の精神症状や治療の進捗状況、リスクアセスメント・マネジメントなどの評価とともに、残遺している精神症状(疾病性)が入院継続を要するものであるのか、残遺症状があったとしても退院後の援助体制や地域ケア計画(社会復帰要因)により退院可能ではないかなど、社会的入院となっている可能性について十分に注意を払う。

※特に、「入院継続申立審判」や対象者や家族からの「退院許可申立審判」については、より慎重に社会的入院となっている可能性について検討する

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

『退院前(入院継続)基本情報管理シート』、『処遇実施計画〔※含:クライシスプラン(案)〕』の疑問点等について関係者へ確認が必要な場合など

次回カンファレンスの開催の必要性【あり・なし】

次回カンファレンスへの指定入院医療機関担当職員参加の必要性を検討

◇書面にて、疑問点、確認事項を提出させる【あり・なし】

◇担当職員をカンファレンスに参加させる【あり・なし】

参加要望職種【Dr・PSW・Ns・CP・OT】

※「治療可能性」「疾病性」について疑問点や確認事項があるときには、

担当 Dr,Ns,CP,OT 等の参加を考える

※「社会復帰要因」「地域調整」について疑問点や確認事項があるときには、

担当 Dr,PSW,Ns 等の参加を考える

◇ 保護観察所 社会復帰調整官参加の必要性【あり・なし】※通常参加、確認必要

◆社会的入院の可能性についての検討

精神保健審判員、精神保健参与員は、対象者自身の疾病の問題や受入環境のみに目を向けることなく、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、判断を行っていかなければならない。

※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確認の決定(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。

※対象者の入院期間が1年半を超えて大幅に長期化していた場合

特に「入院継続申立審判」や対象者や家族からの「退院許可申立審判」などについては、社会的入院となっている可能性について慎重に検討する。また、対象者の権利擁護の観点から、今後の治療や地域におけるケア計画の進捗状況等についての見通し、「治療可能性」についての再確認、その他の入院が長期化している原因などについても、必要があれば指定入院医療機関や保護観察所等から聴取し、また、審判体として指定入院医療機関や保護観察所等へ意見を伝えていく。

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



※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

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〕

『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[※含:クライシスプラン](案)』(※担当多職種チーム、社会復帰調整官からの意見)を参考として

①「治療可能性」についての評価 _____

②「疾病性」についての評価 _____

③「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

①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

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

③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.次回、審判期日への準備

①審判期日の開催の有無、対象者、家族、関係者の参加要請の必要性、参加者について、それぞれへの確認事項についての検討

審判期日開催【 必要あり ・ 必要なし 】

※退院許可申立審判の場合には、審判期日の開催自体や対象者の出席が必ず予定されているわけではないため、合議体として対象者の参加が必要な場合には、事前に裁判所へ調整を依頼する必要がある。

審判期日開催の必要ありの場合

出席依頼者として【 対象者 ・ 家族 ・ 行政及び施設関係職員 ・ その他 】

[参加者]

[メモ]

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遇が必要 ・ 通院処遇が必要 ・ 一般精神医療で通院医療継続可能 】

[メモ]

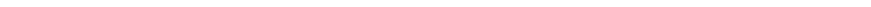
③最終的な処遇についての意見・判断

【 「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]

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

| 【参考資料】裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員による 〔退院許可申立審判〕の審判期日における対象者への過去の質問事項より一部を抜粋 | |
|--|---|
| 質問内容 | |
| | |
| | 何故入院になったのか(経緯・疾患の悪化があった等) |
| | 自身の病気について(病名・特徴的な症状など) |
| | 自分自身の病気について、どのように考えているか?また今後病気について何をしなければいけないと思っているか? |
| | 自分が服用している薬の名前と量。またどんな症状に効果があるのか? |
| | 何故対象行為が起きてしまったのか?今後同様の行為をしないために何をしなければいけないか? |
| | 自分自身の問題とその対処方法 |
| | 精神症状が悪化してきたらどの様に対処するのか? |
| | 退院後の生活で大切にしなければいけないこと |
| | 退院後家族とはどのように関わっていくか? |
| | 自身にとって入院生活はどんな意味があったのか?そこで学んだ事を今後どのように生かしていくのか? |
| | 医療を使う意思はどのぐらいあるのか?その認識(自分にはどのぐらい必要なのか) |
| | 日中の過ごし方について |
| | 対象行為について現在どのように思っているのか |
| | 最近の調子はどうか? |
| | 入院中はどのような事をしましたか? |
| | 入院生活で学んだ事はなんですか? |
| | 疾患教育(ステップ)では何を学びましたか? |
| | 作業療法では何をしてどんな効果がありましたか? |
| | 心理面接ではどんな話をしてどんな変化がありましたか? |
| | 病院でのCPA会議(ケア会議)では、どんな関係者が参加しましたか |
| | 病院でのCPA会議(ケア会議)などに出席して、どんなことを思いましたか |
| | 社会復帰講座では、何を学びましたか |
| | 自覚している症状はありますか? |
| | 症状が出た時の対処法を教えてください。 |
| | 対象行為についてどう思いますか? |
| | 同じ行為をしないために、どんな事をしていますか? |
| | 薬は必要ですか? それはなぜですか?薬はどのような効果がありますか? |
| | 薬を飲むことに抵抗はありますか? |
| | 退院後の治療(通院治療)についてどのように考えていますか? |
| | 入院してどんな点で良かったですか? |
| | 退院後の生活のためにやっていることは何ですか? |
| | 退院後、困ったときに相談できる人はいますか? |
| | 退院後、調子が悪いときに相談できるスタッフ(地域の支援者)は誰ですか? |
| | ご両親とはうまくやっっていけそうですか?心配な点はありますか? |
| | 退院後の地域での計画(処遇実施計画 案)を教えてください |
| | 具合が悪くなったとき、あなたは、どのような対応をしますか |
| | 困ったときに相談できる人は? |
| | 対象行為についてどうおもっていますか? |
| | 通院は週に3回デイケアにちゃんと通えますか? |
| | どんな治療を受けましたか? |
| | どんな風になりましたか? |
| | 退院後も服薬を続けられる? |
| | 指定通院医療機関へは、見学等に行きましたか |
| | 退院後に、指定通院医療機関へ計画通り(処遇実施計画)に通っていくことは出来ますか |
| | 「処遇実施計画書」の内容を簡単に説明してください |
| | 「クライシスプラン」を簡単に説明してください |



資料

心神喪失者等医療観察法《条文》

IX

【資料 心神喪失者等医療観察法《条文》】

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

(平成十五年七月十六日法律第百十号)

第一章 総則 ……〔p 1〕

- 第一節 目的及び定義(第一条・第二条)
- 第二節 裁判所(第三条—第十五条)
- 第三節 指定医療機関(第十六条—第十八条)
- 第四節 保護観察所(第十九条—第二十三条)

第二章 審判 ……〔p 3〕

- 第一節 通則(第二十四条—第三十二条)
- 第二節 入院又は通院(第三十三条—第四十八条)
- 第三節 退院又は入院継続(第四十九条—第五十三条)
- 第四節 処遇の終了又は通院期間の延長(第五十四条—第五十八条)
- 第五節 再入院等(第五十九条—第六十三条)
- 第六節 抗告(第六十四条—第七十三条)
- 第七節 雑則(第七十四条—第八十条)

第三章 医療 ……〔p 11〕

- 第一節 医療の実施(第八十一条—第八十五条)
- 第二節 精神保健指定医の必置等(第八十六条—第八十八条)
- 第三節 指定医療機関の管理者の講ずる措置(第八十九条—第九十一条)
- 第四節 入院者に関する措置(第九十二条—第一百一条)
- 第五節 雑則(第一百零二条・第一百零三条)

第四章 地域社会における処遇 ……〔p 11〕

- 第一節 処遇の実施計画(第一百四条・第一百五條)
- 第二節 精神保健観察(第一百零六条・第一百零七条)
- 第三節 連携等(第一百零八条・第一百零九条)
- 第四節 報告等(第一百十條・第一百十一條)
- 第五節 雑則(第一百十二條・第一百十三條)

第五章 雑則 ……〔p 16〕

(第一百四十四条—第一百零六条)

第六章 罰則 ……〔p 16〕

(第一百零七条—第一百零九条)

附則 ……〔p 17〕

第一章 総則

第一節 目的及び定義

(目的等)

第一条 この法律は、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いう。以下同じ。)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つて、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、もつてその社会復帰を促進することを目的とする。

2 この法律による処遇に携わる者は、前項に規定する目的を踏まえ、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者が円滑に社会復帰をすることができるように努めなければならない。

(定義)

第二条 この法律において「保護者」とは、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律(昭和二十五年法律第百二十三号)第二十条第一項又は第二十一条の規定により保護者となる者をいう。

2 この法律において「対象行為」とは、次の各号に掲げるいずれかの行為に当たるものをいう。

- 一 刑法(明治四十年法律第四十五号)第八十条から第一百十條 まで又は第一百十二條 に規定する行為
- 二 刑法第百七十六條 から第百七十九條 までに規定する行為
- 三 刑法第百九十九條 、第二百二條又は第二百三條に規定する行為
- 四 刑法第二百四條 に規定する行為
- 五 刑法第二百三十六條 、第二百三十八條又は第二百四十三條(第二百三十六條又は第二百三十八條に係るものに限る。)に規定する行為
- 3 この法律において「対象者」とは、次の各号のいずれかに該当する者をいう。

一 公訴を提起しない処分において、対象行為を行ったこと及び刑法第三十九條第一項 に規定する者(以下「心神喪失者」という。)又は同条第二項 に規定する者(以下「心神耗弱者」という。)であることが認められた者

二 対象行為について、刑法第三十九條第一項 の規定により無罪の確定裁判を受けた者又は同条第二項 の規定により刑を減輕する旨の確定裁判(懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であつて、執行すべき刑期があるものを除く。)を受けた者

4 この法律において「指定医療機関」とは、指定入院医療機関及び指定通院医療機関をいう。

5 この法律において「指定入院医療機関」とは、第四十二條第一項第一号又は第六十一條第一項第一号の決定を受けた者の入院による医療を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定した病院(その一部を指定した病院を含む。)をいう。

6 この法律において「指定通院医療機関」とは、第四十二條第一項第二号又は第五十一條第一項第二号の決定を受けた

者の入院によらない医療を担当させる医療機関として厚生労働大臣が指定した病院若しくは診療所(これらに準ずるものとして政令で定めるものを含む。第十六条第二項において同じ。)又は薬局をいう。

第二節 裁判所

(管轄)

第三条 処遇事件(第三十三条第一項、第四十九条第一項若しくは第二項、第五十条、第五十四条第一項若しくは第二項、第五十五条又は第五十九条第一項若しくは第二項の規定による申立てに係る事件をいう。以下同じ。)は、対象者の住所、居所若しくは現在地又は行為地を管轄する地方裁判所の管轄に属する。

2 同一の対象者に対する数個の処遇事件が土地管轄を異にする場合において、一個の処遇事件を管轄する地方裁判所は、併せて他の処遇事件についても管轄権を有する。

(移送)

第四条 裁判所は、対象者の処遇の適正を期するため必要があると認めるときは、決定をもって、その管轄に属する処遇事件を他の管轄地方裁判所に移送することができる。

2 裁判所は、処遇事件がその管轄に属さないと認めるときは、決定をもって、これを管轄地方裁判所に移送しなければならない。

(手続の併合)

第五条 同一の対象者に対する数個の処遇事件は、特に必要がないと認める場合を除き、決定をもって、併合して審判しなければならない。

(精神保健審判員)

第六条 精神保健審判員は、次項に規定する名簿に記載された者のうち、最高裁判所規則で定めるところにより地方裁判所が毎年あらかじめ選任したものの中から、処遇事件ごとに地方裁判所が任命する。

2 厚生労働大臣は、精神保健審判員として任命すべき者の選任に資するため、毎年、政令で定めるところにより、この法律に定める精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師(以下「精神保健判定医」という。)の名簿を最高裁判所に送付しなければならない。

3 精神保健審判員には、別に法律で定めるところにより手当を支給し、並びに最高裁判所規則で定めるところにより旅費、日当及び宿泊料を支給する。

(欠格事由)

第七条 次の各号のいずれかに掲げる者は、精神保健審判員として任命すべき者に選任することができない。

一 禁錮以上の刑に処せられた者

二 前号に該当する者を除くほか、医事に関し罪を犯し刑に処せられた者

三 公務員で懲戒免職の処分を受け、当該処分の日から二年を経過しない者

四 次条第二号の規定により精神保健審判員を解任された者

(解任)

第八条 地方裁判所は、精神保健審判員が次の各号のいず

れかに該当するときは、当該精神保健審判員を解任しなければならない。

一 前条第一号から第三号までのいずれかに該当するに至ったとき。

二 職務上の義務違反その他精神保健審判員たるに適しない非行があると認めるとき。

(職権の独立)

第九条 精神保健審判員は、独立してその職権を行う。

2 精神保健審判員は、最高裁判所規則で定めるところにより、法令に従い公平誠実にその職務を行うべきことを誓う旨の宣誓をしなければならない。

(除斥)

第十条 刑事訴訟法(昭和二十三年法律第百三十一号)第二十条の規定はこの法律の規定により職務を執行する裁判官及び精神保健審判員について、刑事訴訟法第二十六条第一項の規定はこの法律の規定により職務を執行する裁判所書記官について準用する。この場合において、刑事訴訟法第二十条第二号中「被告人」とあるのは「対象者(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第二条第三項に規定する対象者をいう。以下同じ。)」と、同条第三号中「被告人」とあるのは「対象者」と、同条第四号中「事件」とあるのは「処遇事件(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第三条第一項に規定する処遇事件をいう。以下同じ。)」と、同条第五号から第七号までの規定中「事件」とあるのは「処遇事件」と、同条第五号中「被告人の代理人、弁護人又は補佐人」とあるのは「対象者の付添人」と、同条第六号中「検察官又は司法警察員の職務を行った」とあるのは「審判の申立てをし、又は審判の申立てをした者としての職務を行った」と、同条第七号中「第二百六十六条第二号の決定、略式命令、前審の裁判」とあるのは「前審の審判」と、「第三百九十八条乃至第四百条、第四百十二条若しくは第四百十三条」とあるのは「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第六十八条第二項若しくは第七十一条第二項」と、「原判決」とあるのは「原決定」と、「裁判の基礎」とあるのは「審判の基礎」と読み替えるものとする。

(合議制)

第十一条 裁判所法(昭和二十二年法律第五十九号)第二十六条の規定にかかわらず、地方裁判所は、一人の裁判官及び一人の精神保健審判員の合議体で処遇事件を取り扱う。ただし、この法律で特別の定めをした事項については、この限りでない。

2 第四条第一項若しくは第二項、第五条、第四十条第一項若しくは第二項前段、第四十一条第一項、第四十二条第二項、第五十一条第二項、第五十六条第二項又は第六十一条第二項に規定する裁判は、前項の合議体の構成員である裁判官のみである。呼出状若しくは同行状を発し、対象者に出頭を命じ、若しくは付添人を付し、同行状の執行を囑託し、若しくはこれを執行させ、出頭命令を受けた者の護送を囑託し、又は第二十四条第五項前段の規定により対象者の所在の調査を求め

処分についても、同様とする。

3 判事補は、第一項の合議体に加わることができない。

(裁判官の権限)

第十二条 前条第一項の合議体がこの法律の定めるところにより職務を行う場合における裁判所法第七十二条第一項及び第二項並びに第七十三条の規定の適用については、その合議体の構成員である裁判官は、裁判長とみなす。

2 前条第一項の合議体による裁判の評議は、裁判官が開きかつ、整理する。

(意見を述べる義務)

第十三条 裁判官は、前条第二項の評議において、法律に關する学識経験に基づき、その意見を述べなければならない。

2 精神保健審判員は、前条第二項の評議において、精神障害者の医療に関する学識経験に基づき、その意見を述べなければならない。

(評決)

第十四条 第十一条第一項の合議体による裁判は、裁判官及び精神保健審判員の意見の一致したところによる。

(精神保健参与員)

第十五条 精神保健参与員は、次項に規定する名簿に記載された者のうち、地方裁判所が毎年あらかじめ選任したもののの中から、処遇事件ごとに裁判所が指定する。

2 厚生労働大臣は、政令で定めるところにより、毎年、各地方裁判所ごとに、精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者の名簿を作成し、当該地方裁判所に送付しなければならない。

3 精神保健参与員の員数は、各事件について一人以上とする。

4 第六条第三項の規定は、精神保健参与員について準用する。

第三節 指定医療機関

(指定医療機関の指定)

第十六条 指定入院医療機関の指定は、国、都道府県、特定独立行政法人(独立行政法人通則法(平成十一年法律第三号)第二条第二項に規定する特定独立行政法人をいう。)

又は都道府県若しくは都道府県及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(地方独立行政法人法(平成十五年法律第十八号)第二条第二項に規定する特定地方独立行政法人をいう。))が開設する病院であって厚生労働省令で定める基準に適合するもの全部又は一部について、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行う。

2 指定通院医療機関の指定は、厚生労働省令で定める基準に適合する病院若しくは診療所又は薬局について、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行う。

(指定の辞退)

第十七条 指定医療機関は、その指定を辞退しようとするときは、辞退の日の一年前までに、厚生労働大臣にその旨を届け出なければならない。

(指定の取消し)

第十八条 指定医療機関が、第八十二条第一項若しくは第二項又は第八十六条の規定に違反したときその他第八十一条第

一項に規定する医療を行うについて不適当であると認められるに至ったときは、厚生労働大臣は、その指定を取り消すことができる。

第四節 保護観察所

(事務)

第十九条 保護観察所は、次に掲げる事務をつかさどる。

一 第三十八条(第五十三条、第五十八条及び第六十三条において準用する場合を含む。))に規定する生活環境の調査に関すること。

二 百一条に規定する生活環境の調整に関すること。

三 百六条に規定する精神保健観察の実施に関すること。

四 百八条に規定する関係機関相互間の連携の確保に関すること。

五 その他この法律により保護観察所の所掌に属せしめられた事務

(社会復帰調整官)

第二十条 保護観察所に、社会復帰調整官を置く。

2 社会復帰調整官は、精神障害者の保健及び福祉その他のこの法律に基づく対象者の処遇に関する専門的知識に基づき、前条各号に掲げる事務に従事する。

3 社会復帰調整官は、精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識を有する者として政令で定めるものでなければならない。

(管轄)

第二十一条 第十九条各号に掲げる事務は、次の各号に掲げる事務の区分に従い、当該各号に定める保護観察所がつかさどる。

一 第十九条第一号に掲げる事務 当該処遇事件を管轄する地方裁判所の所在地を管轄する保護観察所

二 第十九条第二号から第五号までに掲げる事務 当該対象者の居住地(定まった住居を有しないときは、現在地又は最後の居住地若しくは所在地とする。)を管轄する保護観察所

(照会)

第二十二条 保護観察所の長は、第十九条各号に掲げる事務を行うため必要があると認めるときは、官公署、医療施設その他の公私の団体に照会して、必要な事項の報告を求めることができる。

(資料提供の求め)

第二十三条 保護観察所の長は、第十九条各号に掲げる事務を行うため必要があると認めるときは、その必要限度において、裁判所に対し、当該対象者の身上に関する事項を記載した書面、第三十七条第一項に規定する鑑定の経過及び結果を記載した書面その他の必要な資料の提供を求めることができる。

第二章 審判

第一節 通則

(事実の取調べ)

第二十四条 決定又は命令をするについて必要がある場合は、事実の取調べをすることができる。

2 前項の事実の取調べは、合議体の構成員(精神保健審判

員を除く。)これをさせ、又は地方裁判所若しくは簡易裁判所の裁判官にこれを囑託することができる。

3 第一項の事実の取調べのため必要があると認めるときは、証人尋問、鑑定、検証、押収、捜索、通訳及び翻訳を行い、並びに官公署、医療施設その他の公私の団体に対し、必要な事項の報告、資料の提出その他の協力を求めることができる。ただし、差押えについては、あらかじめ所有者、所持者又は保管者に差し押さえるべき物の提出を命じた後でなければ、これを行うことができない。

4 刑事訴訟法 中裁判所の行う証人尋問、鑑定、検証、押収、捜索、通訳及び翻訳に関する規定は、処遇事件の性質に反しない限り、前項の規定による証人尋問、鑑定、検証、押収、捜索、通訳及び翻訳について準用する。

5 裁判所は、対象者の行方が不明になったときは、所轄の警察署長にその所在の調査を求めることができる。この場合において、警察官は、当該対象者を発見したときは、直ちに、その旨を裁判所に通知しなければならない。

(意見の陳述及び資料の提出)

第二十五条 検察官、指定入院医療機関の管理者又は保護観察所の長は、第三十三条第一項、第四十九条第一項若しくは第二項、第五十四条第一項若しくは第二項又は第五十九条第一項若しくは第二項の規定による申立てをした場合は、意見を述べ、及び必要な資料を提出しなければならない。

2 対象者、保護者及び付添人は、意見を述べ、及び資料を提出することができる。

(呼出し及び同行)

第二十六条 裁判所は、対象者に対し、呼出状を発することができる。

2 裁判所は、対象者が正当な理由がなく前項の呼出しに応じないときは、当該対象者に対し、同行状を発することができる。

3 裁判所は、対象者が正当な理由がなく第一項の呼出しに応じないおそれがあるとき、定まった住居を有しないとき、又は医療のため緊急を要する状態にあって必要があると認めるときは、前項の規定にかかわらず、当該対象者に対し、同行状を発することができる。

(同行状の効力)

第二十七条 前条第二項又は第三項の同行状により同行された者については、裁判所に到着した時から二十四時間以内はその身体の拘束を解かなければならない。ただし、当該時間内に、第三十四条第一項前段若しくは第六十条第一項前段の命令又は第三十七条第五項前段、第四十二条第一項第一号、第六十一条第一項第一号若しくは第六十二条第二項前段の決定があったときは、この限りでない。

(同行状の執行)

第二十八条 第二十六条第二項又は第三項の同行状は、裁判所書記官が執行する。ただし、裁判所は、必要があると認めるときは、検察官にその執行を囑託し、又は保護観察所の職員にこれを執行させることができる。

2 検察官が前項の囑託を受けたときは、その指揮により、検察事務官が同行状を執行する。

3 検察事務官は、必要があるときは、管轄区域外で同行状

を執行することができる。

4 同行状を執行するには、これを当該対象者に示した上、できる限り速やかにかつ直接、指定された裁判所その他の場所に引致しなければならない。ただし、やむを得ない事由があるときは、病院、救護施設、警察署その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

5 同行状を所持しないためこれを示すことができない場合において、急速を要するときは、前項の規定にかかわらず、当該対象者に対し同行状が発せられている旨を告げて、その執行をすることができる。ただし、同行状はできる限り速やかに示さなければならない。

6 同行状を執行する場合には、必要な限度において、人の住居又は人の看守する邸宅、建造物若しくは船舶内に入ることができる。

(出頭命令)

第二十九条 裁判所は、第三十四条第一項前段若しくは第六十条第一項前段の命令又は第三十七条第五項前段、第四十二条第一項第一号、第六十一条第一項第一号若しくは第六十二条第二項前段の決定により入院している者に対し、裁判所に出席することを命ずることができる。

2 裁判所は、前項に規定する者が裁判所に出席するときは、検察官にその護送を囑託するものとする。

3 前項の護送をする場合において、護送される者が逃走し、又は自身を傷つけ、若しくは他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、これを防止するため合理的に必要と判断される限度において、必要な措置を採ることができる。

4 前条第二項及び第三項の規定は、第二項の護送について準用する。

(付添人)

第三十条 対象者及び保護者は、弁護士を付添人に選任することができる。

2 裁判所は、特別の事情があるときは、最高裁判所規則で定めるところにより、付添人の数を制限することができる。

3 裁判所は、対象者に付添人がない場合であつて、その精神障害の状態その他の事情を考慮し、必要があると認めるときは、職権で、弁護士である付添人を付することができる。

4 前項の規定により裁判所が付すべき付添人は、最高裁判所規則で定めるところにより、選任するものとする。

5 前項の規定により選任された付添人は、旅費、日当、宿泊料及び報酬を請求することができる。

(審判期日)

第三十一条 審判のため必要があると認めるときは、審判期日を開くことができる。

2 審判期日における審判の指揮は、裁判官が行う。

3 審判期日における審判は、公開しない。

4 審判期日における審判においては、精神障害者の精神障害の状態に応じ、必要な配慮をしなければならない。

5 裁判所は、検察官、指定医療機関(病院又は診療所に限る。)の管理者又はその指定する医師及び保護観察所の長又はその指定する社会復帰調整官に対し、審判期日出席することを求めることができる。

6 保護者（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第二十一条の規定により保護者となる市町村長（特別区の長を含む。以下同じ。））については、その指定する職員を含む。）及び付添人は、審判期日に出席することができる。

7 審判期日には、対象者を呼び出し、又はその出頭を命じなければならない。

8 対象者が審判期日に出席しないときは、審判を行うことができない。ただし、対象者が心身の障害のため、若しくは正当な理由がなく審判期日に出席しない場合、又は許可を受けないで退席し、若しくは秩序維持のために退席を命ぜられた場合において、付添人が出席しているときは、この限りでない。

9 審判期日は、裁判所外においても開くことができる。

（記録等の閲覧又は謄写）

第三十二条 処遇事件の記録又は証拠物は、裁判所の許可を受けた場合を除き、閲覧又は謄写をすることができない。

2 前項の規定にかかわらず、検察官、指定入院医療機関の管理者若しくはその指定する医師、保護観察所の長若しくはその指定する社会復帰調整官又は付添人は、次条第一項、第四十九条第一項若しくは第二項、第五十条、第五十四条第一項若しくは第二項、第五十五条又は第五十九条第一項若しくは第二項の規定による申立てがあった後当該申立てに対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができる。

第二節 入院又は通院

（検察官による申立て）

第三十三条 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、又は第二条第三項第二号に規定する確定裁判があったときは、当該処分をされ、又は当該確定裁判を受けた対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要が明らかでないことを認め、地方裁判所に対し、第四十二条第一項の決定をすることを申し立てなければならない。ただし、当該対象者について刑事事件若しくは少年の保護事件の処理又は外国人の退去強制に関する法令の規定による手続が行われている場合は、当該手続が終了するまで、申立てをしないことができる。

2 前項本文の規定にかかわらず、検察官は、当該対象者が若しくは保護処分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されており引き続き収容されることとなるとき、又は新たに収容されるときは、同項の申立てをすることができる。当該対象者が外国人であって出国したときも、同様とする。

3 検察官は、刑法第二百四条に規定する行為を行った対象者については、傷害が軽い場合であって、当該行為の内容、当該対象者による過去の他害行為の有無及び内容並びに当該対象者の現在の病状、性格及び生活環境を考慮し、その必要がないと認めるときは、第一項の申立てをしないことができる。ただし、他の対象行為をも行った者については、この限りでない。

（鑑定入院命令）

第三十四条 前条第一項の申立てを受けた地方裁判所の裁判官は、対象者について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要が明らかでないことを認め、鑑定その他医療的観察のため、当該対象者を入院させ第四十条第一項又は第四十二条の決定があるまでの間入院させる旨を命じなければならない。この場合において、裁判官は、呼出し及び同行に関し、裁判所と同一の権限を有する。

2 前項の命令を発するには、裁判官は、当該対象者に対し、あらかじめ、供述を強いられることはないこと及び弁護士である付添人を選任することができることを説明した上、当該対象者が第二条第三項に該当するとされる理由の要旨及び前条第一項の申立てがあったことを告げ、陳述する機会を与えなければならない。ただし、当該対象者の心身の障害により又は正当な理由がなく裁判官の面前に出頭しないため、これを行うことができないときは、この限りでない。

3 第一項の命令による入院の期間は、当該命令が執行された日から起算して二月を超えられない。ただし、裁判所は、必要があると認めるときは、通じて一月を超えない範囲で、決定をもって、この期間を延長することができる。

4 裁判官は、検察官に第一項の命令の執行を囑託するものとする。

5 第二十八条第二項、第三項及び第六項並びに第二十九条第三項の規定は、前項の命令の執行について準用する。

6 第一項の命令は、判事補が一人で発することができる。

（必要的付添人）

第三十五条 裁判所は、第三十三条第一項の申立てがあった場合において、対象者に付添人がいないときは、付添人を付さなければならない。

（精神保健参与員の関与）

第三十六条 裁判所は、処遇の要否及びその内容につき、精神保健参与員の意見を聴くため、これを審判に関与させるものとする。ただし、特に必要がないと認めるときは、この限りでない。

（対象者の鑑定）

第三十七条 裁判所は、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び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について、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命じなければならない。ただし、当該必要が明らかでないことを認めるときは、この限りでない。

2 前項の鑑定を行うに当たっては、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するものとする。

3 第一項の規定により鑑定を命ぜられた医師は、当該鑑定の結果に、当該対象者の病状に基づき、この法律による入院

による医療の必要性に関する意見を付さなければならない。

4 裁判所は、第一項の鑑定を命じた医師に対し、当該鑑定の実施に当たって留意すべき事項を示すことができる。

5 裁判所は、第三十四条第一項前段の命令が発せられていない対象者について第一項の鑑定を命ずる場合において、必要があると認めるときは、決定をもって、鑑定その他医療的観察のため、当該対象者を入院させ第四十条第一項又は第四十二条の決定があるまでの間入院させる旨を命ずることができる。第三十四条第二項から第五項までの規定は、この場合について準用する。

(保護観察所による生活環境の調査)

第三十八条 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い、その結果を報告することを求めることができる。

(審判期日の開催)

第三十九条 裁判所は、第三十三条第一項の申立てがあった場合は、審判期日を開かなければならない。ただし、検察官及び付添人に異議がないときは、この限りでない。

2 検察官は、審判期日に出席しなければならない。

3 裁判所は、審判期日において、対象者に対し、供述を強いられることはないことを説明した上、当該対象者が第二条第三項に該当するとされる理由の要旨及び第三十三条第一項の申立てがあったことを告げ、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。ただし、第三十一条第八項ただし書に規定する場合における対象者については、この限りでない。(申立ての却下等)

第四十条 裁判所は、第二条第三項第一号に規定する対象者について第三十三条第一項の申立てがあった場合において、次の各号のいずれかに掲げる事由に該当するときは、決定をもって、申立てを却下しなければならない。

- 一 対象行為を行ったと認められない場合
- 二 心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないと認める場合

2 裁判所は、検察官が心神喪失者と認めて訴訟を提起しない処分をした対象者について、心神耗弱者と認めた場合には、その旨の決定をしなければならない。この場合において、検察官は、当該決定の告知を受けた日から二週間以内に、裁判所に対し、当該申立てを取り下げるか否かを通知しなければならない。

(対象行為の存否についての審理の特則)

第四十一条 裁判所は、第二条第三項第一号に規定する対象者について第三十三条第一項の申立てがあった場合において、必要があると認めるときは、検察官及び付添人の意見を聴いて、前条第一項第一号の事由に該当するか否かについての審理及び裁判を別の合議体による裁判所で行う旨の決定をすることができる。

2 前項の合議体は、裁判所法第二十六条第二項に規定する裁判所の合議体とする。この場合において、当該合議体には、処遇事件の係属する裁判所の合議体の構成員である裁判官が加わることができる。

3 第一項の合議体による裁判所は、対象者の呼出し及び同

行並びに対象者に対する出頭命令に関し、処遇事件の係属する裁判所と同一の権限を有する。

4 処遇事件の係属する裁判所は、第一項の合議体による裁判所の審理が行われている間においても、審判を行うことができる。ただし、処遇事件を終局させる決定(次条第二項の決定を除く。)を行うことができない。

5 第一項の合議体による裁判所が同項の審理を行うときは、審判期日を開かなければならない。この場合において、審判期日における審判の指揮は、裁判長が行う。

6 第三十九条第二項及び第三項の規定は、前項の審判期日について準用する。

7 処遇事件の係属する裁判所の合議体の構成員である精神保健審判員は、第五項の審判期日に出席することができる。

8 第一項の合議体による裁判所は、前条第一項第一号に規定する事由に該当する旨の決定又は当該事由に該当しない旨の決定をしなければならない。

9 前項の決定は、処遇事件の係属する裁判所を拘束する。(入院等の決定)

第四十二条 裁判所は、第三十三条第一項の申立てがあった場合は、第三十七条第一項に規定する鑑定を基礎とし、かつ、同条第三項に規定する意見及び対象者の生活環境を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

一 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、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定

二 前号の場合を除き、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、この法律による医療を受けさせる必要が

三 前二号の場合に当たらないとき この法律による医療を行わない旨の決定

2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。

(入院等)

第四十三条 前条第一項第一号の決定を受けた者は、厚生労働大臣が定める指定入院医療機関において、入院による医療を受けなければならない。

2 前条第一項第二号の決定を受けた者は、厚生労働大臣が定める指定通院医療機関による入院によらない医療を受けなければならない。

3 厚生労働大臣は、前条第一項第一号又は第二号の決定があったときは、当該決定を受けた者が入院による医療を受けるべき指定入院医療機関又は入院によらない医療を受けるべき指定通院医療機関(病院又は診療所に限る。次項並びに第五十四条第一項及び第二項、第五十六条、第五十九条、第六十一条並びに第一百条において同じ。)を定め、その名称及び所在地を、当該決定を受けた者及びその保護者並びに当該決定をした地方裁判所の所在地を管轄する保護観察所の長に通知しなければならない。

4 厚生労働大臣は、前項の規定により定めた指定入院医療機関又は指定通院医療機関を変更した場合は、変更後の指定入院医療機関又は指定通院医療機関の名称及び所在地を、当該変更後の指定入院医療機関又は指定通院医療機関において医療を受けるべき者及びその保護者並びに当該医療を受けるべき者の当該変更前の居住地を管轄する保護観察所の長に通知しなければならない。

(通院期間)

第四十四条 第四十二条第一項第二号の決定による入院によらない医療を行う期間は、当該決定があった日から起算して三年間とする。ただし、裁判所は、通じて二年を超えない範囲で、当該期間を延長することができる。

(決定の執行)

第四十五条 裁判所は、厚生労働省の職員に第四十二条第一項第一号の決定を執行させるものとする。

2 第二十八条第六項及び第二十九条第三項の規定は、前項の決定の執行について準用する。

3 裁判所は、第四十二条第一項第一号の決定を執行するため必要があると認めるときは、対象者に対し、呼出状を発することができる。

4 裁判所は、対象者が正当な理由がなく前項の呼出しに応じないときは、当該対象者に対し、同行状を発することができる。

5 裁判所は、対象者が正当な理由がなく第三項の呼出しに応じないおそれがあるとき、定まった住居を有しないとき、又は医療のため緊急を要する状態にあって必要があると認めるときは、前項の規定にかかわらず、当該対象者に対し、同行状を発することができる。

6 第二十八条の規定は、前二項の同行状の執行について準用する。この場合において、同条第一項中「検察官にその執行を囑託し、又は保護観察所の職員にこれを執行させることができる」とあるのは、「検察官にその執行を囑託することができる」と読み替えるものとする。

(決定の効力)

第四十六条 第四十条第一項の規定により申立てを却下する決定(同項第一号に該当する場合に限る。)又は第四十二条第一項の決定が確定したときは、当該決定に係る対象行為について公訴を提起し、又は当該決定に係る対象行為に関し再び第三十三条第一項の申立てをすることができない。

2 第四十条第一項の規定により申立てを却下する決定(同項第二号に該当する場合に限る。)が確定したときは、当該決定に係る対象行為に関し、再び第三十三条第一項の申立てをすることができない。ただし、当該対象行為について、第二条第三項第二号に規定する裁判が確定するに至った場合は、この限りでない。

(被害者等の傍聴)

第四十七条 裁判所(第四十一条第一項の合議体による裁判所を含む。)は、この節に規定する審判について、最高裁判所規則で定めるところにより当該対象行為の被害者等(被害者又はその法定代理人若しくは被害者が死亡した場合若しくはその身に重大な故障がある場合におけるその配偶者、直系の親族若しくは兄弟姉妹をいう。以下同じ。)から申出があると

きは、その申出をした者に対し、審判期日において審判を傍聴することを許すことができる。

2 前項の規定により審判を傍聴した者は、正当な理由がないのに当該傍聴により知り得た対象者の氏名その他当該対象者の身上に関する事項を漏らしてはならず、かつ、当該傍聴により知り得た事項をみだりに用いて、当該対象者に対する医療の実施若しくはその社会復帰を妨げ、又は関係人の名誉若しくは生活の平穩を害する行為をしてはならない。

(被害者等に対する通知)

第四十八条 裁判所は、第四十条第一項又は第四十二条の決定をした場合において、最高裁判所規則で定めるところにより当該対象行為の被害者等から申出があるときは、その申出をした者に対し、次に掲げる事項を通知するものとする。ただし、その通知をすることが対象者に対する医療の実施又はその社会復帰を妨げるおそれがあり相当でない認められるものについては、この限りでない。

一 対象者の氏名及び住居

二 決定の年月日、主文及び理由の要旨

2 前項の申出は、同項に規定する決定が確定した後三年を経過したときは、することができない。

3 前条第二項の規定は、第一項の規定により通知を受けた者について準用する。

第三節 退院又は入院継続

(指定入院医療機関の管理者による申立て)

第四十九条 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医(精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第十九条の二第二項の規定によりその職務を停止されている者を除く。第百十七条第二項を除き、以下同じ。)による診察の結果、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により入院している者について、第三十七条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入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認められることができなくなった場合は、保護観察所の長の意見を付して、直ちに、地方裁判所に対し、退院の許可の申立てをしなければならない。

2 指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により入院している者について、第三十七条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入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があると認められる場合は、保護観察所の長の意見を付して、第四十二条第一項第一号、第五十一条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定(これらが複数あるときは、その最後のもの。次項において同じ。)があった日から起算して六月が経過する日までに、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申立てをしなければならない。ただし、その者が指定入院医療機関から無断で退去した日(第百条第一項又は第二項の規定により外出又

は外泊している者が同条第一項に規定する医学的管理の下から無断で離れた場合における当該離れた日を含む。)の翌日から連れ戻される日の前日までの間及び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た日の翌日からその拘束を解かれる日の前日までの間並びに第百条第三項後段の規定によりその者に対する医療を行わない間は、当該期間の進行は停止するものとする。

3 指定入院医療機関は、前二項の申立てをした場合は、第四十二条第一項第一号、第五十一条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定があった日から起算して六月が経過した後も、前二項の申立てに対する決定があるまでの間、その者の入院を継続してこの法律による医療を行うことができる。(退院の許可等の申立て)

第五十条 第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により入院している者、その保護者又は付添人は、地方裁判所に対し、退院の許可又はこの法律による医療の終了の申立てをすることができる。

(退院の許可又は入院継続の確認の決定)

第五十一条 裁判所は、第四十九条第一項若しくは第二項又は前条の申立てがあった場合は、指定入院医療機関の管理者の意見(次条の規定により鑑定を命じた場合は、指定入院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定)を基礎とし、かつ、対象者の生活環境(次条の規定により鑑定を命じた場合は、対象者の生活環境及び同条後段において準用する第三十七条第三項に規定する意見)を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

一 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、入院を継続させてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 退院の許可の申立て若しくはこの法律による医療の終了の申立てを棄却し、又は入院を継続すべきことを確認する旨の決定

二 前号の場合を除き、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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 退院を許可するとともに入院によらない医療を受けさせる旨の決定

三 前二号の場合に当たらないとき この法律による医療を終了する旨の決定

二 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。

3 第四十二条第二項から第四項までの規定は、第一項第二号の決定を受けた者について準用する。

4 第四十四条の規定は、第一項第二号の決定について準用する。

(対象者の鑑定)

第五十二条 裁判所は、この節に規定する審判のため必要があると認めるときは、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び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につ

いて、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命ずることができる。第三十七条第二項から第四項までの規定は、この場合について準用する。

(準用)

第五十三条 第三十六条及び第三十八条の規定は、この節に規定する審判について準用する。

第四節 処遇の終了又は通院期間の延長

(保護観察所の長による申立て)

第五十四条 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について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があると認めるところがなくなつた場合は、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者と協議の上、直ちに、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをしなければならない。この場合において、保護観察所の長は、当該指定通院医療機関の管理者の意見を付さなければならない。

2 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について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために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受けさせる必要があると認める場合は、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者と協議の上、当該期間が満了する日までに、地方裁判所に対し、当該期間の延長の申立てをしなければならない。この場合において、保護観察所の長は、当該指定通院医療機関の管理者の意見を付さなければならない。

3 指定通院医療機関及び保護観察所の長は、前二項の申立てがあった場合は、当該決定により入院によらない医療を行う期間が満了した後も、前二項の申立てに対する決定があるまでの間、当該決定を受けた者に対して医療及び精神保健観察を行うことができる。

(処遇の終了の申立て)

第五十五条 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、その保護者又は付添人は、地方裁判所に対し、この法律による医療の終了の申立てをすることができる。

(処遇の終了又は通院期間の延長の決定)

第五十六条 裁判所は、第五十四条第一項若しくは第二項又は前条の申立てがあった場合は、指定通院医療機関の管理者の意見(次条の規定により鑑定を命じた場合は、指定通院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定)を基礎とし、かつ、対象者の生活環境を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

一 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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 この法律による医療の終了の申立てを棄却し、又は第四十二条第一項第二号若しくは第五十一条第一項第二号の決定による

入院によらない医療を行う期間を延長する旨の決定
二 前号の場合に当たらないとき この法律による医療を終了する旨の決定

2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。

3 裁判所は、第一項第一号に規定する期間を延長する旨の決定をするときは、延長する期間を定めなければならない。（対象者の鑑定）

第五十七条 裁判所は、この節に規定する審判のため必要があると認めるときは、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び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について、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命ずることができる。第三十七条第二項及び第四項の規定は、この場合について準用する。

（準用）

第五十八条 第三十六条及び第三十八条の規定は、この節に規定する審判について準用する。

第五節 再入院等

（保護観察所の長による申立て）

第五十九条 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について、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するために入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認めると至った場合は、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者と協議の上、地方裁判所に対し、入院の申立てをしなければならない。この場合において、保護観察所の長は、当該指定通院医療機関の管理者の意見を付さなければならない。

2 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、第四十三条第二項（第五十一条第三項において準用する場合を含む。）の規定に違反し又は第七百七条各号に掲げる事項を守らず、そのため継続的な医療を行うことが確保できないと認める場合も、前項と同様とする。ただし、緊急を要するときは、同項の協議を行わず、又は同項の意見を付さないことができる。

3 第五十四条第三項の規定は、前二項の規定による申立てがあった場合について準用する。

（鑑定入院命令）

第六十条 前条第一項又は第二項の規定による申立てを受けた地方裁判所の裁判官は、必要があると認めるときは、鑑定その他医療的観察のため、当該対象者を入院させ次条第一項又は第二項の決定があるまでの間を入院させる旨を命ずることができる。この場合において、裁判官は、呼出し及び同行に関し、裁判所と同一の権限を有する。

2 前項の命令を発するには、裁判官は、当該対象者に対し、あらかじめ、供述を強いられることはないこと及び弁護士である付添人を選任することができることを説明した上、前条第一項又は第二項の規定による申立ての理由の要旨を告げ、陳述

する機会を与えなければならない。ただし、当該対象者の心身の障害により又は正当な理由がなく裁判官の面前に出頭しないため、これらを行うことができないときは、この限りでない。

3 第一項の命令による入院の期間は、当該命令が執行された日から起算して一月を超えることができない。ただし、裁判所は、必要があると認めるときは、通じて一月を超えない範囲で、決定をもって、この期間を延長することができる。

4 第二十八条第六項、第二十九条第三項及び第三十四条第四項の規定は、第一項の命令の執行について準用する。この場合において、第三十四条第四項中「検察官」とあるのは「保護観察所の職員」と、「執行を囑託するものとする」とあるのは「執行をさせざるものとする」と読み替えるものとする。

5 第三十四条第六項の規定は、第一項の命令について準用する。

（入院等の決定）

第六十一条 裁判所は、第五十九条第一項又は第二項の規定による申立てがあった場合は、指定通院医療機関の管理者の意見（次条第一項の規定により鑑定を命じた場合は、指定通院医療機関の管理者の意見及び当該鑑定）を基礎とし、かつ、対象者の生活環境（次条第一項の規定により鑑定を命じた場合は、対象者の生活環境及び同条第一項後段において準用する第三十七条第三項に規定する意見）を考慮し、次の各号に掲げる区分に従い、当該各号に定める決定をしなければならない。

一 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、入院をさせてこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定

二 前号の場合を除き、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、この法律による医療を受けさせる必要があると認める場合 申立てを棄却する旨の決定

三 前二号の場合に当たらないとき この法律による医療を終了する旨の決定

2 裁判所は、申立てが不適法であると認める場合は、決定をもって、当該申立てを却下しなければならない。

3 裁判所は、第一項第二号の決定をする場合において、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る入院によらない医療を行う期間を延長する必要があると認めるときは、当該期間を延長する旨の決定をすることができる。第五十六条第三項の規定は、この場合について準用する。

4 第四十三条第一項、第三項及び第四項の規定は、第一項第一号の決定を受けた者について準用する。

5 第四十五条第一項から第五項までの規定は、第一項第一号の決定の執行について準用する。

6 第二十八条第一項及び第四項から第六項までの規定は、前項において準用する第四十五条第四項及び第五項に規定する同行状の執行について準用する。この場合において、第二十八条第一項中「検察官にその執行を囑託し、又は保護観察所の職員にこれを執行させることができる」とあるのは、「保護観察所の職員にこれを執行させることができる」と読み替え

るものとする。

(対象者の鑑定)

第六十二条 裁判所は、この節に規定する審判のため必要があると認めるときは、対象者に関し、精神障害者であるか否か及び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について、精神保健判定医又はこれと同等以上の学識経験を有すると認める医師に鑑定を命ずることができる。第三十七条第二項から第四項までの規定は、この場合について準用する。

2 裁判所は、第六十条第一項前段の命令が発せられていない対象者について前項の鑑定を命ずる場合において、必要があると認めるときは、決定をもって、鑑定その他医療的観察のため、当該対象者を入院させ前条第一項又は第二項の決定があるまでの間在院させる旨を命ずることができる。第六十条第二項から第四項までの規定は、この場合について準用する。

(準用)

第六十三条 第三十六条及び第三十八条の規定は、この節に規定する審判について準用する。

第六節 抗告

(抗告)

第六十四条 検察官は第四十条第一項又は第四十二条の決定に対し、指定入院医療機関の管理者は第五十一条第一項又は第二項の決定に対し、保護観察所の長は第五十六条第一項若しくは第二項又は第六十一条第一項から第三項までの決定に対し、それぞれ、決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実の誤認又は処分著しい不当を理由とする場合に限り、二週間以内に、抗告をすることができる。

2 対象者、保護者又は付添人は、決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実の誤認又は処分著しい不当を理由とする場合に限り、第四十二条第一項、第五十一条第一項若しくは第二項、第五十六条第一項若しくは第二項又は第六十一条第一項若しくは第三項の決定に対し、二週間以内に、抗告をすることができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、抗告をすることができない。

3 第四十一条第一項の合議体による裁判所の裁判は、当該裁判所の同条第八項の決定に基づく第四十条第一項又は第四十二条第一項の決定に対する抗告があったときは、抗告裁判所の判断を受ける。

(抗告の取下げ)

第六十五条 抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取り下げることができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、取り下げることができない。

(抗告裁判所の調査の範囲)

第六十六条 抗告裁判所は、抗告の趣意に含まれている事項に限り、調査をするものとする。

2 抗告裁判所は、抗告の趣意に含まれていない事項であっても、抗告の理由となる事由に関しては、職権で調査をすることができる。

(必要的付添人)

第六十七条 抗告裁判所は、第四十二条の決定に対して抗

告があった場合において、対象者に付添人がないときは、付添人を付さなければならぬ。ただし、当該抗告が第六十四条第一項又は第二項に規定する期間の経過後にあったものであることが明らかなきときは、この限りでない。

(抗告審の裁判)

第六十八条 抗告の手続がその規定に違反したとき、又は抗告が理由のないときは、決定をもって、抗告を棄却しなければならない。

2 抗告が理由のあるときは、決定をもって、原決定を取り消して、事件を原裁判所に差し戻し、又は他の地方裁判所に移送しなければならない。ただし、第四十条第一項各号のいずれかに掲げる事由に該当するときは、原決定を取り消して、更に決定をすることができる。

(執行の停止)

第六十九条 抗告は、執行を停止する効力を有しない。ただし、原裁判所又は抗告裁判所は、決定をもって、執行を停止することができる。

(再抗告)

第七十条 検察官、指定入院医療機関の管理者若しくは保護観察所の長又は対象者、保護者若しくは付添人は、憲法に違反し、若しくは憲法の解釈に誤りがあること、又は最高裁判所若しくは上訴裁判所である高等裁判所の判例と相反する判断をしたことを理由とする場合に限り、抗告裁判所のした第六十八条の決定に対し、二週間以内に、最高裁判所に特に抗告をすることができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、抗告をすることができない。

2 第六十五条から第六十七条まで及び前条の規定は、前項の抗告に関する手続について準用する。

(再抗告審の裁判)

第七十一条 前条第一項の抗告の手続がその規定に違反したとき、又は抗告が理由のないときは、決定をもって、抗告を棄却しなければならない。

2 前条第一項の抗告が理由のあるときは、決定をもって、原決定を取り消さなければならない。この場合には、地方裁判所の決定を取り消して、事件を地方裁判所に差し戻し、又は他の地方裁判所に移送することができる。

(裁判官の処分に対する不服申立て)

第七十二条 裁判官が第三十四条第一項前段又は第六十条第一項前段の命令をした場合において、不服がある対象者、保護者又は付添人は、当該裁判官が所属する地方裁判所に当該命令の取消しを請求することができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、この請求をすることができない。

2 前項の請求は、対象者が対象行為を行わなかったこと、心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないこと又は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ないことを理由としてすることができない。

3 第一項の規定による不服申立てに関する手続については、刑事訴訟法第四百二十九条第一項に規定する裁判官の裁

判の取消し又は変更の請求に係る手続の例による。

(裁判所の処分に対する異議)

第七十三條 対象者、保護者又は付添人は、第三十四條第三項ただし書、第三十七條第五項前段、第六十條第三項ただし書又は第六十二條第二項前段の決定に対し、処遇事件の係属する地方裁判所に異議の申立てをすることができる。ただし、付添人は、選任者である保護者の明示した意思に反して、この申立てをすることができない。

2 前條第二項及び第三項の規定は、前項の場合について準用する。

第七節 雑則

(申立ての取下げ)

第七十四條 第五十條、第五十五條並びに第五十九條第一項及び第二項の規定による申立ては、第一審の終局決定があるまで、取り下げることができる。

2 檢察官は、第三十三條第一項の申立てをした後において、当該対象行為について公訴を提起したとき、又は当該対象者に対して当該対象行為以外の行為について有罪の裁判(懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であって、執行すべき刑期があるものに限る。)が確定し、その裁判において言い渡された刑の執行しようとするときは、当該申立てを取り下げなければならない。

(警察官の援助等)

第七十五條 第二十六條第二項若しくは第三項若しくは第四十五條第四項若しくは第五項(第六十一條第五項において準用する場合を含む。)の同行状、第三十四條第一項前段若しくは第六十條第一項前段の命令又は第三十七條第五項前段、第四十二條第一項第一号、第六十一條第一項第一号若しくは第六十二條第二項前段の決定を執行する場合において、必要があるときは、裁判所又は当該執行を囑託された者は、警察官の援助又は医師その他の医療関係者の協力を求めることができる。第二十九條第二項の囑託を受けた檢察官も、同様とする。

2 警察官は、第二十四條第五項前段の規定により所在の調査を求められた対象者を発見した場合において、当該対象者に対して同行状が発せられているときは、同行状が執行されるまでの間、二十四時間を限り、当該対象者を警察署、病院、救護施設その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に保護することができる。

(競合する処分の調整)

第七十六條 裁判所は、第四十二條第一項第一号若しくは第二号、第五十一條第一項第二号又は第六十一條第一項第一号の決定を受けた者について、当該対象行為以外の行為について有罪の裁判(懲役又は禁錮の刑を言い渡し執行猶予の言渡しをしない裁判であって、執行すべき刑期があるものに限る。)が確定し、その裁判において言い渡された刑の執行が開始された場合であって相当と認めるときその他のこの法律による医療を行う必要がないと認めるに至ったときは、指定入院医療機関の管理者又は保護観察所の長の申立てにより、この法律による医療を終了する旨の決定をすることができる。

2 裁判所は、対象者について、二以上の第四十二條第一項

第一号若しくは第二号、第五十一條第一項第二号又は第六十一條第一項第一号の決定があった場合において、相当と認めるときは、指定入院医療機関の管理者又は保護観察所の長の申立てにより、決定をもって、これらの決定のうちのいずれかを取り消すことができる。

(証人等の費用)

第七十七條 証人、鑑定人、翻訳人及び通訳人に支給する旅費、日当、宿泊料その他の費用の額については、刑事訴訟費用に関する法令の規定を準用する。

3 参考人に支給する費用は、これを証人に支給する費用とみなして、第一項の規定を適用する。

4 第三十條第五項の規定により付添人に支給すべき旅費、日当、宿泊料及び報酬の額については、刑事訴訟法第三十八條第二項の規定により弁護士に支給すべき旅費、日当、宿泊料及び報酬の例による。

(費用の徴収)

第七十八條 裁判所は、対象者又は保護者から、証人、鑑定人、翻訳人、通訳人、参考人及び第三十條第四項の規定により選任された付添人に支給した旅費、日当、宿泊料その他の費用の全部又は一部を徴収することができる。

2 前項の費用の徴収については、非訟事件手続法(明治

(精神保健判定医以外の医師に鑑定を命じた場合の通知)

第七十九條 地方裁判所は、第三十七條第一項、第五十二條、第五十七條又は第六十二條第一項に規定する鑑定を精神保健判定医以外の医師に命じたときは、その旨を厚生労働大臣に通知するものとする。

(最高裁判所規則)

第八十條 この章に定めるもののほか、審判について必要な事項は、最高裁判所規則で定める。

第三章 医療

第一節 医療の実施

(医療の実施)

第八十一條 厚生労働大臣は、第四十二條第一項第一号若しくは第二号、第五十一條第一項第二号又は第六十一條第一項第一号の決定を受けた者に対し、その精神障害の特性に並び、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を行わなければならない。

2 前項に規定する医療の範囲は、次のとおりとする。

- 一 診察
- 二 薬剤又は治療材料の支給
- 三 医学的処置及びその他の治療
- 四 居室における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 五 病院への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 六 移送

3 第一項に規定する医療は、指定医療機関に委託して行うものとする。

(指定医療機関の義務)

第八十二条 指定医療機関は、厚生労働大臣の定めるところにより、前条第一項に規定する医療を担当しなければならない。

2 指定医療機関は、前条第一項に規定する医療を行うについで、厚生労働大臣の行う指導に従わなければならない。
(診療方針及び診療報酬)

第八十三条 指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、健康保険の診療方針及び診療報酬の例による。

2 前項に規定する診療方針及び診療報酬の例によることができないとき、又はこれによることを適当としないときの診療方針及び診療報酬は、厚生労働大臣の定めるところによる。
(診療報酬の審査及び支払)

第八十四条 厚生労働大臣は、指定医療機関の診療内容及び診療報酬の請求を随時審査し、かつ、指定医療機関が前条の規定により請求することができる診療報酬の額を決定することができる。

2 指定医療機関は、厚生労働大臣が行う前項の規定による診療報酬の額の決定に従わなければならない。

3 厚生労働大臣は、第一項の規定による診療報酬の額の決定に当たっては、社会保険診療報酬支払基金法（昭和二十三年法律百二十九号）第十六条第一項に規定する審査委員会、国民健康保険法（昭和三十三年法律第九十二号）第八十七条に規定する国民健康保険診療報酬審査委員会その他政令で定める医療に関する審査機関の意見を聴かなければならない。

4 国は、指定医療機関に対する診療報酬の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金、国民健康保険団体連合会その他厚生労働省令で定める者に委託することができる。

5 第一項の規定による診療報酬の額の決定については、行政不服審査法（昭和三十一年法律第六十号）による不服申立てをすることができない。

(報告の請求及び検査)

第八十五条 厚生労働大臣は、前条第一項の規定による審査のため必要があるときは、指定医療機関の管理者に対して必要な報告を求め、又は当該職員に、指定医療機関についてその管理者の同意を得て、実地に診療録その他の帳簿書類（その作成又は保存に代えて電磁的記録（電子的方式、磁気的方式その他の人の知覚によっては認識することができない方式で作られる記録であって、電子計算機による情報処理の用に供されるものをいう。）の作成又は保存がされている場合における当該電磁的記録を含む。）を検査することができる。

2 指定医療機関の管理者が、正当な理由がなく前項の規定による報告の求めに応ぜず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の同意を拒んだときは、厚生労働大臣は、当該指定医療機関に対する診療報酬の支払を一時差止めることができる。

第二節 精神保健指定医の措置等

(精神保健指定医の必置)

第八十六条 指定医療機関（病院又は診療所に限る。次条において同じ。）の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、その指定医療機関に常時勤務する精神保健指定医を置かなければならない。

(精神保健指定医の職務)

第八十七条 指定医療機関に勤務する精神保健指定医は、第四十九条第一項又は第二項の規定により入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があるかどうかの判定、第九十二条第三項に規定する行動の制限を行う必要があるかどうかの判定、第百零一条第一項第一号の規定により外出させて経過を見ることが適当かどうかの判定、同条第二項第一号の規定により外出させて経過を見ることが適当かどうかの判定、第百十条第一項第一号の規定によりこの法律による医療を行う必要があるかどうかの判定、同項第二号の規定により入院をさせてこの法律による医療を行う必要があるかどうかの判定及び同条第二項の規定により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かどうかの判定の職務を行う。

2 精神保健指定医は、前項に規定する職務のほか、公務員として、第九十六条第四項の規定による診察並びに第九十七条第一項の規定による立入検査、質問及び診察を行う。
(診療録の記載義務)

第八十八条 精神保健指定医は、前条第一項に規定する職務を行ったときは、遅滞なく、当該精神保健指定医の氏名その他厚生労働省令で定める事項を診療録に記載しなければならない。

第三節 指定医療機関の管理者の講ずる措置

(指定医療機関への入院等)

第八十九条 指定入院医療機関の管理者は、病床（病院の一部について第六十一条第一項の指定を受けている指定入院医療機関にあっては、その指定に係る病床）に既に第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定を受けた者が入院しているため余裕がない場合のほかは、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定を受けた者を入院させなければならない。

2 指定通院医療機関の管理者は、正当な事由がなければ、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対する入院によらない医療の提供を拒んではならない。

(資料提供の求め)

第九十条 指定医療機関の管理者は、適切な医療を行うため必要があると認めるときは、その必要な限度において、裁判所に対し、第三十七条第一項に規定する鑑定の経過及び結果を記載した書面その他の必要な資料の提供を求めることができる。

2 指定医療機関の管理者は、適切な医療を行うため必要があると認めるときは、その必要な限度において、他の医療施設に対し、対象者の診療又は薬剤に関する情報その他の必要な資料の提供を求めることができる。

(相談、援助等)

第九十一条 指定医療機関の管理者は、第四十二条第一項第一号若しくは第二号、第五十一条第一項第二号又は第六十一条第一項第一号の決定により当該指定医療機関において医療を受ける者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、その者に必要な援助を行い、並びにその保護者及び精神障害者の医療、保健又は福祉に関する機関との連絡調整

を行うように努めなければならない。この場合において、指定医療機関の管理者は、保護観察所の長と連携を図らなければならない。

第四節 入院者に関する措置 （行動制限等）

第九十二条 指定入院医療機関の管理者は、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により入院している者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 前項の規定にかかわらず、指定入院医療機関の管理者は、信書の発受の制限、弁護士及び行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第一項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

第九十三条 前条に定めるもののほか、厚生労働大臣は、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、指定入院医療機関の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生労働大臣は、第一項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。（精神保健指定医の指定入院医療機関の管理者への報告）

第九十四条 精神保健指定医は、その勤務する指定入院医療機関に第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により入院している者の処遇が第九十二条の規定に違反していると思料するとき、前条第一項の基準に適合していないと認めるときその他当該入院している者の処遇が著しく適当でないとき、当該指定入院医療機関の管理者にその旨を報告することにより、当該管理者において当該入院している者の処遇の改善のために必要な措置が採られるよう努めなければならない。

（処遇改善の請求）

第九十五条 第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、厚生労働大臣に対し、指定入院医療機関の管理者に対して当該入院している者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることを求めることができる。

（処遇改善の請求による審査）

第九十六条 厚生労働大臣は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を社会保障審議会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。

2 社会保障審議会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る入院中の者について、その処遇が適

当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を厚生労働大臣に通知しなければならない。

3 社会保障審議会は、前項の審査をするに当たっては、当該審査に係る前条の規定による請求をした者及び当該審査に係る入院中の者が入院している指定入院医療機関の管理者の意見を聴かなければならない。ただし、社会保障審議会がこれらの者の意見を聴く必要がないと特に認めたときは、この限りでない。

4 社会保障審議会は、前項に定めるもののほか、第二項の審査をするに当たって必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者の同意を得て、社会保障審議会が指名する精神保健指定医に診察させ、又はその者が入院している指定入院医療機関の管理者その他関係者に対して報告を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。

5 厚生労働大臣は、第二項の規定により通知された社会保障審議会の審査の結果に基づき、必要があると認めるときは、当該指定入院医療機関の管理者に対し、その者の処遇の改善のための措置を採ることを命じなければならない。

6 厚生労働大臣は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る社会保障審議会の審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知しなければならない。

（報告徴収等）

第九十七条 厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、指定入院医療機関の管理者に対し、第四十二条第一項第一号若しくは第六十一条第一項第一号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿書類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する精神保健指定医に、指定入院医療機関に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは第四十二条第一項第一号若しくは第六十一条第一項第一号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者その他の関係者に質問させ、又はその指定する精神保健指定医に、指定入院医療機関に立ち入り、第四十二条第一項第一号若しくは第六十一条第一項第一号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者を診察させることができる。

2 前項の規定により立ち入り検査、質問又は診察を行う精神保健指定医及び当該職員は、その身分を示す証明書を携帯し、関係者に提示しなければならない。

3 第一項に規定する立ち入り検査又は質問の権限は、犯罪捜査のために認められたものと解釈してはならない。

（改善命令）

第九十八条 厚生労働大臣は、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者の処遇が第九十二条の規定に違反していると認めるとき、第九十三条第一項の基準に適合していないと認めるときその他第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者の処遇が著しく適当でないとき、当該指定入院医療機関の管理者に対し、措置を講ずべき事項及び期限を示して、

処遇を確保するための改善計画の提出を求め、若しくは提出された改善計画の変更を命じ、又はその処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができる。

(無断退去者に対する措置)

第九十九条 第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により指定入院医療機関に入院している者が無断で退去した場合(第百条第一項又は第二項の規定により外出又は外泊している者が同条第一項に規定する医学的管理の下から無断で離れた場合を含む。)には、当該指定入院医療機関の職員は、これを連れ戻すことができる。

2 前項の場合において、当該指定入院医療機関の職員による連戻しが困難であるときは、当該指定入院医療機関の管理者は、警察官に対し、連戻しについて必要な援助を求めることができる。

3 第一項の場合において、当該無断で退去し、又は離れた者の行方が不明になったときは、当該指定入院医療機関の管理者は、所轄の警察署長に対し、次の事項を通知してその所在の調査を求めなければならない。

一 退去者の住所、氏名、性別及び生年月日

二 退去の年月日及び時刻

三 症状の概要

四 退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項

五 入院年月日

六 退去者が行った対象行為の内容

七 保護者又はこれに準ずる者の住所及び氏名

4 警察官は、前項の所在の調査を求められた者を発見したときは、直ちに、その旨を当該指定入院医療機関の管理者に通知しなければならない。この場合において、警察官は、当該指定入院医療機関の管理者がその者を引き取るまでの間、二十四時間を限り、その者を、警察署、病院、救護施設その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

5 指定入院医療機関の職員は、第一項に規定する者が無断で退去した時(第百条第一項又は第二項の規定により外出又は外泊している者が同条第一項に規定する医学的管理の下から無断で離れた場合においては、当該無断で離れた時)から四十八時間を経過した後は、裁判官のあらかじめ発する連戻状によらなければ、第一項に規定する連戻しに着手することができない。

6 前項の連戻状は、指定入院医療機関の管理者の請求により、当該指定入院医療機関の所在地を管轄する地方裁判所の裁判官が発する。

7 第二十八条第四項から第六項まで及び第三十四条第六項の規定は、第五項の連戻状について準用する。この場合において、第二十八条第四項中「指定された裁判所その他の場所」とあるのは、「指定入院医療機関」と読み替えるものとする。

8 前三項に規定するもののほか、連戻状について必要な事項は、最高裁判所規則で定める。

(外出等)

第百条 指定入院医療機関の管理者は、次の各号のいずれ

かに該当する場合には、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者を、当該指定入院医療機関に勤務する医師又は看護師による付添いその他の方法による医学的管理の下に、当該指定入院医療機関の敷地外に外出させることができる。

一 指定入院医療機関の管理者が、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、その者の症状に照らし当該指定入院医療機関の敷地外に外出させて経過を見ることが適当であると認める場合

二 その者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に通院する必要がある場合

三 前二号に掲げる場合のほか、政令で定める場合において、指定入院医療機関の管理者が必要と認めるとき。

2 指定入院医療機関の管理者は、次の各号のいずれかに該当する場合には、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者を、前項に規定する医学的管理の下に、一週間を超えない期間を限り、当該指定入院医療機関の敷地外に外泊させることができる。

一 指定入院医療機関の管理者が、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、その者の症状に照らし当該指定入院医療機関の敷地外に外泊させて経過を見ることが適当であると認める場合

二 前号に掲げる場合のほか、政令で定める場合において、指定入院医療機関の管理者が必要と認めるとき。

3 指定入院医療機関の管理者は、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定により当該指定入院医療機関に入院している者が精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に入院する必要がある場合には、その者を他の医療施設に入院させることができる。この場合において、厚生労働大臣は、第八十一条第一項の規定にかかわらず、当該入院に係る医療が開始された日の翌日から当該入院に係る医療が終了した日の前日までの間に限り、その者に対する同項に規定する医療を行わないことができる。

4 前項の規定の適用に関し必要な事項は、政令で定める。

(生活環境の調整)

第百一条 保護観察所の長は、第四十二条第一項第一号又は第六十一条第一項第一号の決定があったときは、当該決定を受けた者の社会復帰の促進を図るため、当該決定を受けた者及びその家族等の相談に応じ、当該決定を受けた者が、指定入院医療機関の管理者による第九十一条の規定に基づく援助並びに都道府県及び市町村(特別区を含む。以下同じ。)による精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第四十七条又は第四十九条、障害者自立支援法(平成十七年法律第二十号)第二十九条 その他の精神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助を受けることができるようあつせんする等の方法により、退院後の生活環境の調整を行わなければならない。

2 保護観察所の長は、前項の援助が円滑かつ効果的に行われるよう、当該指定入院医療機関の管理者並びに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長

に対し、必要な協力を求めることができる。

第五節 雑則

(国の負担)

第二百二条 国は、指定入院医療機関の設置者に対し、政令で定めるところにより、指定入院医療機関の設置及び運営に要する費用を負担する。

(権限の委任)

第二百三条 この法律に規定する厚生労働大臣の権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生局長に委任することができる。

2 前項の規定により地方厚生局長に委任された権限は、厚生労働省令で定めるところにより、地方厚生支局長に委任することができる。

第四章 地域社会における処遇

第一節 処遇の実施計画

(処遇の実施計画)

第二百四条 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があったときは、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長と協議の上、その処遇に関する実施計画を定めなければならない。

2 前項の実施計画には、政令で定めるところにより、指定通院医療機関の管理者による医療、社会復帰調整官が実施する精神保健観察並びに指定通院医療機関の管理者による第九十一条の規定に基づく援助、都道府県及び市町村による精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第四十七条 又は第四十九条、障害者自立支援法第二十九条 その他の精神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助その他当該決定を受けた者に対してなされる援助について、その内容及び方法を記載するものとする。

3 保護観察所の長は、当該決定を受けた者の処遇の状況等に応じ、当該決定を受けた者に対して入院によらない医療を行う指定通院医療機関の管理者並びに当該決定を受けた者の居住地を管轄する都道府県知事及び市町村長と協議の上、第一項の実施計画について必要な見直しを行わなければならない。

(処遇の実施)

第二百五条 前条第一項に掲げる決定があった場合における医療、精神保健観察及び援助は、同項に規定する実施計画に基づいて行われなければならない。

第二節 精神保健観察

(精神保健観察)

第二百六条 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は、当該決定による入院によらない医療を行う期間中、精神保健観察に付する。

2 精神保健観察は、次に掲げる方法によって実施する。

一 精神保健観察に付されている者と適当な接触を保ち、指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長から報告を求めるなどして、当該決定を受けた者が必要な医

療を受けているか否か及びその生活の状況を見守ること。

二 継続的な医療を受けさせるために必要な指導その他の措置を講ずること。

(守るべき事項)

第二百七条 精神保健観察に付された者は、速やかに、その居住地を管轄する保護観察所の長に当該居住地を届け出るほか、次に掲げる事項を守らなければならない。

一 一定の住居に居住すること。

二 住居を移転し、又は長期の旅行をするときは、あらかじめ、保護観察所の長に届け出ること。

三 保護観察所の長から出頭又は面接を求められたときは、これに応ずること。

第三節 連携等

(関係機関相互間の連携の確保)

第二百八条 保護観察所の長は、医療、精神保健観察、第九十一条の規定に基づく援助及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第四十七条 又は第四十九条、障害者自立支援法第二十九条 その他の精神障害者の保健又は福祉に関する法令の規定に基づく援助が、第二百四条の規定により定められた実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう、あらかじめ指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長との間において必要な情報交換を行うなどして協力体制を整備するとともに、処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画に関する関係機関相互間の緊密な連携の確保に努めなければならない。

2 保護観察所の長は、実施計画に基づく適正かつ円滑な処遇を確保するため必要があると認めるときは、指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長に対し、必要な協力を求めることができる。

(民間団体等との連携協力)

第二百九条 保護観察所の長は、個人又は民間の団体が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の処遇の円滑な実施のため自発的に行う活動を促進するとともに、これらの個人又は民間の団体との連携協力の下、当該決定を受けた者の円滑な社会復帰に対する地域住民等の理解と協力を得よう努めなければならない。

第四節 報告等

(保護観察所の長に対する通知等)

第二百十條 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、第三十七条第二項に規定する事項を考慮し、次の各号のいずれかに該当すると認める場合は、直ちに、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。

一 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、この法律による医療を行う必要があると認めことができなくなったとき。

二 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、入院させてこの法律による医療を行う必要があると認めるに

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、第三十七条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場合は、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。

第百十一条 指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長は、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について、第四十三条第二項（第五十一条第三項において準用する場合を含む。）の規定に違反する事実又は第七十七条各号に掲げる事項を守らない事実があるとして認めるときは、速やかに、保護観察所の長に通報しなければならない。

第五節 雑則

（保護観察所の長による緊急の保護）

第百十二条 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、親族又は公共の衛生福祉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、金品を給与し、又は貸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、期限を指定して、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）

第百十三条 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より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。

第五章 雑則

（刑事事件に関する手続等との関係）

第百十四条 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の保護事件の処理に関する法令の規定による手続を行い、又は刑若しくは保護処分執行のため刑務所、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）

第百十五条 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

療を受けている者について、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定により入院が行われることを妨げない。
第百十六条 この法律に定めるもののほか、この法律の実施のため必要な事項は、政令で定める。

第六章 罰則

第百十七条 次の各号のいずれかに掲げる者が、この法律の規定に基づく職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、一年以下の懲役又は五十万円以下の罰金に処する。

一 精神保健審判員若しくは精神保健参与員又はこれらの職にあつた者

二 指定医療機関の管理者若しくは社会保障審議会の委員又はこれらの職にあつた者

三 第三十七条第一項、第五十二条、第五十七条又は第六十二条第一項の規定により鑑定を命ぜられた医師

2 精神保健指定医又は精神保健指定医であつた者が、第八十七条に規定する職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、前項と同様とする。

3 指定医療機関の職員又はその職にあつた者が、この法律の規定に基づく指定医療機関の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、第一項と同様とする。

第百十八条 精神保健審判員若しくは精神保健参与員又はこれらの職にあつた者が、正当な理由がなく評議の経過又は裁判官、精神保健審判員若しくは精神保健参与員の意見を漏らしたときは、三十万円以下の罰金に処する。

第百十九条 次の各号のいずれかに該当する者は、三十万円以下の罰金に処する。

一 第九十六条第四項の規定による報告若しくは提出をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による診察を妨げ、又は同項の規定による出頭をせず、若しくは同項の規定による審問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

二 第九十七条第一項の規定による報告若しくは提出若しくは提示をせず、若しくは虚偽の報告をし、同項の規定による検査若しくは診察を拒み、妨げ、若しくは忌避し、又は同項の規定による質問に対して、正当な理由がなく答弁せず、若しくは虚偽の答弁をした者

第百二十条 法人の代表者又は法人若しくは人の代理人、使用人その他の従業者が、その法人又は人の業務に関して前条の違反行為をしたときは、行為者を罰するほか、その法人又は人に対しても同条の刑を科する。

第百二十一条 第八十八条の規定に違反した者は、十万円以下の過料に処する。

附則

附則抄

（施行期日）

第一条 この法律は、公布の日から起算して二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。ただし、第六条、

第七条及び第十五条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、附則第七条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って、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身喪失者若しくは心神耗弱者であることが認められた者又はこの法律の施行後に刑法第三十九条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刑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、精神病床の人員配置基準を見直し病床の機能分化等を図るとともに、急性期や重度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所要の措置を講ずるものとする。

附 則（平成一五年七月一六日法律第一一九号）抄
(施行期日)

第一条 この法律は、地方独立行政法人法(平成十五年法律第一百八号)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 第四十七条の規定 心身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のいずれか遅い日

(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、平成十七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。

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)

第三十九条 この法律の施行前にし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条まで、第二十九条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、平成十八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 附則第二十四条、第四十四条、第一百一条、第百三条、第百十六号から第百十八号まで及び第百二十二条の規定 公布の日

(罰則の適用に関する経過措置)

第二百一十一条 この法律の施行前にし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)

第二百二十二条 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。

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(リカバリーモデル) 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

・棄却 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

- ・司法精神医療 33.34.42.112.116.120.121.124.125.126.127
128.129.130.131.188.189.200.204.210
- ・社会的入院 **33**.34.35.45.97.103.108.121.**124**.125.126.127
128.129.130.131.142.217.220.221.223
- ・社会復帰期 120.121.205.**206**.207.211
- ・社会復帰調整官 **7.8**.11.12.35.36.42.43.44.45.47.49.50.51.54.56.57.58.59
60.61.65.95.96.97.101.102.105.114.120.122.129.130.134
136.137.143.159.204.206.212.213.216.218.219.222
- ・社会復帰要因 45.48.60.95.100.101.112.117.**120**.183.184.189.**192**.193.194.216.217.220
- ・自由刑 32.52
- ・守秘義務 162.163.196
- ・処遇実施計画（処遇の実施計画） 7.11.13.14.49.51.**58**.59.60.62.63.**64**.65.102
114.118.121.136.211.212.213.218.223
- ・処遇終了 14.15.65.84.86.**90**.91.92.95.97.102.112
113.116.117.122.219.223.225.226
- ・処遇終了申立審判（医療終了申立審判） 101.102
- ・処遇の終了又は通院期間の延長の決定 90
〔医療観察法第56条〕
- ・人格障害 127.128.134.141.147.151.152.153.154.155.163.185.186.187
- ・人権侵害 125.126.128.129.130.135.141.142
- ・審判期日 20.21.23.24.26.27.34.41.42.45.46.47.48.49.50.51.52.**53.54**.56
60.61.95.96.98.105.108.131.157.158.222.224.225.226.228
- ・裁判期日の参加者 54
- ・審判内容整理ノート 228
- ・心神喪失 **6.8.9**.10.20.28.32.33.36.38.39.40.52.60.62.69.70.71.72.77.82.85.89.91.92.94.95.109
110.124.136.137.138.140.141.146.147.148.149.152.153.156.157.159.160.162.163
165.166.167.168.169.**170**.172.175.180.184.186.188.190.191.192.195.200.202
- ・心神耗弱 **6.9**.28.32.33.39.40.52.69.70.71.85.91.92.95.96.109.110.140.147
148.149.152.153.162.167.**170**.172.180.187.191.200.202
- ・心理教育プログラム（疾患・服薬の教育） 206.208
- ・心理テスト 194.197

せ

- ・生活環境調査 **10**.44.45.56.57.58.60.96.101.105.107.120.216
- ・生活環境調査結果報告書 44.45.**56**.57.58.96.105.120
- ・制御能力 110.147.162.166.**167**.168.170.171.172.174.179.181
- ・精神医療審判(Mental Health Tribunal) 125.126.127
- ・精神保健審判員 6.10.**18**.19.**20**.21.22.23.24.26.27.28.29.32.36.41.42.43.44.45
- ・精神保健参与員 7.10.**18**.19.20.**21**.22.23.24.25.26.27.28.29.32.36.41.42.43.44
45.46.47.48.49.50.51.53.54.55.56.57.95.96.97.98.99.100
101.102.103.108.114.118.120.163.204.216.218.219.228

- ・精神保健判定医 18.19.20.22.27.28.73.74.75.80.87.93.95.187
- ・精神保健福祉士 8.18.26.28.56.58.64.65.101.104.107.120.127.134.136.137.155.204.207.213
- ・精神保健観察 11.12.13.15.34.58.59.60.62.65.122.136.137.143.144.219
- ・精神保健福祉法 9.15.33.34.82.84.91.111.113.122.145.146.149
150.151.158.159.160.174.184.185.208.225
- ・精神保健福祉センター 11.12.65.66.135.143.144.145.146.213
- ・責任能力 21.44.60.95.96.99.104.109.110.111.112.115.134.140.147.157
162.164.165.166.167.168.169.170.171.172.173.174.175.176
177.178.179.180.181.183.184.186.187.191.202.217

そ

- ・措置入院 9.15.33.66.82.146.147.149.150.151.153.155.156.161.174.187

た

- ・退院許可申立て（退院の許可の申立て） 52.78.79.81.83.84.85.91.96.128.131
135.142.147.151.152.153.155.163
- ・退院許可申立審判 48.49.50.51.52.60.83.99.101.102.115.117.121.130
131.135.141.204.218.220.221.223.224.228
- ・退院の許可又は入院継続の確認の決定 83.130.135.142
〔医療観察法第51条〕
- ・退院前基礎情報管理シート 49.50.57
- ・対象行為 36.37.157
- ・対象者 36.71
- ・対象者の処遇の要件 71
- ・多職種チーム(MDT) 50.58.59.104.107.120.122.155.198.205.206.207.209.211.220.225

ち

- ・地域処遇ケア会議 →「ケア会議」へ
- ・地域保安病棟 125
- ・知的障害 100.112.121.158.160.185.219
- ・地方裁判所 4.5.6.7.9.10.16.18.23.24.25.26.28.33.36.41.42.47.48.50.51.52.53
55.78.79.80.87.107.120.144.153.154.155.193.204.225.226
- ・治療反応性(治療可能性) 45.48.60.95.99.100.112.113.115.126.127.151.152.153.155
156.157.159.174.183.184.192.193.194.197.198.216.217
- ・治療プログラム 203

つ

- ・通院期間の延長の決定 90.91.92.93.94
- ・通院期間の延長の決定 92
- ・通院処遇 46.50.52.95.100.101.114.120.121.122.135.143.145
183.184.185.186.188.213.216.217.219.223.225

- ・付添人 7.10.42.43.44.47.48.49.51.52.53.54.87.93.96.104
105.106.107.108.150.152.155.158.193.222
- と**
- ・統合失調症 **184**.185.186
- ・当初審判 ... 7.10.41.42.43.44.45.47.48.49.50.51.52.53.55.56.57.56.57.60.95.96.97.98.99.100.101
104.105.106.107.112.113.114.117.118.120.130.204.216.217.221.222.224.225.228
- ・同様の(他害)行為を行う(具体的・現実的な)可能性 ... **48.137**.139.150.187.201
- な**
- ・内省プログラム 210
- に**
- ・入院継続(確認)決定の要因 85
- ・入院継続情報管理シート 49.50.**57**.107.220
- ・入院継続の要否 83.87.128.131.135.141.142
- ・入院継続申立審判 48.49.50.51.**52.53.83**.130.131.135.141.220
- ・入院決定と通院決定 **74**.201
- ・入院等(通院)の決定[医療観察法第42条] **68**.69.70.71.72.134.137.138.139
- ・入院等の要件 69.70.127.134.137.138
- ・入院処遇 95.96.100.101.108.112.113.114.121.183.184.185.186.188.189.205.212.216
- ・認知症 112.185.201.217
- は**
- ・パーソナリティ障害 → 人格障害 **112.140.172**
- ・発達障害 112.113.154.175.197.216
- ・反社会性人格障害 140.152.163.154
- ・ハンセン氏病(ハンセン病) 130.141
- ひ**
- ・病状悪化(のサイン) 59.66.96.121.122
- ふ**
- ・不可知論 110.**164**.165.166
- ・不起訴 6.9.10.28.**32.39.109**.110.149.152.156.162.163.171.186.193.194.195.196.197.198
- ・不処遇 99.**109.112**.113.114.117.118.162.163.183.184.186
- ・物質使用障害 113.114.120.121.209
- ・物質使用障害治療プログラム 209
- へ**
- ・弁識能力 110.147.162.168.170.171.172.174.179.181.192
- ほ**
- ・保護観察所 **6.7.8**.10.11.12.13.14.15.16.36.44.48.49.50.52.54.56.58.60.62.63
- ・保健師 28.50.65.101.126.204

・保健所 11.12.46.102.118.135.136.143.144.145.126.213.226

ま

・マクノートン準則（ルール） 168

も

・申立てを棄却する決定 84.85.91

・妄想性障害 156.157.158.159.160.185.187

『医療観察法審判ハンドブック』第2版(改訂版) Ver. 1.1

◆【監修】

◇三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター

◆「医療観察法審判ハンドブック」作成委員会

| | | | |
|---------|-----------------|---------|--------------|
| ◇伊東 秀幸 | 田園調布学園大学 | ◇五十嵐 慎人 | 千葉大学 |
| ◇太智 晶子 | 国立精神・神経医療研究センター | | |
| ◇岡田 幸之 | 国立精神・神経医療研究センター | 精神保健研究所 | |
| ◇尾上 孝文 | 東京保護観察所 | ◇金成 透 | 幸悠会 所沢慈光病院 |
| ◇熊地 美枝 | 国立精神・神経医療研究センター | ◇柑本 美和 | 東海大学 |
| ◇佐賀 大一郎 | 法務省保護局 | ◇齋藤 由香里 | 国立病院機構 東尾張病院 |
| ◇澤 恭弘 | 国立精神・神経医療研究センター | ◇重吉 大輔 | 千葉保護観察所 |
| ◇高崎 邦子 | 国立精神・神経医療研究センター | ◇中村 美智代 | 松原愛育会 松原病院 |
| ◇平林 直次 | 国立精神・神経医療研究センター | ◇松坂 あづさ | さいたま保護観察所 |
| ◇松原 三郎 | 松原愛育会 松原病院 | ◇松木 嵩 | 横浜弁護士会 |
| ◇三澤 孝夫 | 国立精神・神経医療研究センター | ◇村上 優 | 国立病院機構 琉球病院 |
| ◇八木 深 | 国立病院機構 花巻病院 | ◇山下 幸夫 | 東京弁護士会 |

◆作成協力等

| | | | |
|--------|----------|--------|--------------|
| ◇相川 章子 | 聖学院大学 | ◇岩崎 香 | 早稲田大学 |
| ◇上野 容子 | 東京家政大学 | ◇鈴木 慶三 | 高崎健康福祉大学 |
| ◇高橋 理沙 | 信州大学 | ◇堀切 明 | 埼玉県立精神医療センター |
| ◇宮本 真巳 | 東京医科歯科大学 | ◇四方田 清 | 順天堂大学 |

『医療観察法審判ハンドブック』第2版(改訂版) Ver. 1.1 2014年2月

『医療観察法審判ハンドブック』第2版 2013年6月

『医療観察法審判ハンドブック』第1版 2012年3月

《厚生労働科学研究 障害者対策総合研究事業》

「司法精神医療における退院調整・社会復帰援助を行う関係機関職員への支援と研修方法の開発に関する研究」

分担研究者: 三澤孝夫

「専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究」

主任研究者: 伊豫 雅臣 (千葉大学)

「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 (北海道大学)