

**【医療観察制度 通院・地域処遇  
[研修 / 実践] ハンドブック】**



# 《目 次》

はじめに .....	1
I.【医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック】の構成、 利用法等について .....	3
II.医療観察制度における審判、入院処遇、通院処遇(地域処遇)とその流れ	
1.医療観察制度 .....	7
[1]医療観察制度の目的	
[2]医療観察制度全体の概要	
[3]医療観察法の重大な他害行為とその対象者とは	
2.医療観察制度における当初審判(対象行為後の最初の審判)の実際 .....	8
[1]当初審判の概要	
[2]当初審判におけるカンファレンス	
[3]当初審判における審判期日	
3.入院処遇の実際 .....	12
[1]指定入院医療機関	
[2]入院(処遇)の期間	
[3]医療観察法病棟の各期(急性期、回復期、社会復帰期)	
[4]指定入院医療機関における治療・リハビリテーション・社会復帰支援等	
[5]退院支援	
4.医療観察法における審判(退院許可申立て審判／入院継続申立て審判)の実際 ...	20
[1]退院許可申立て審判の概要	
[2]退院許可申立審判(含む入院継続申立審判)におけるカンファレンス	
[3]退院許可申立審判(含む入院継続申立審判)における審判期日	
5.通院(地域)処遇の実際 .....	24
[1]通院処遇(地域処遇)の期間	
[2]保護観察所の役割	
1)社会復帰調整官	
2)社会復帰調整官(保護観察所)の関わり	
[3]指定通院医療機関における治療・リハビリテーション・社会復帰支援等	
[4]地域精神保健福祉関係機関の役割	



### Ⅲ.関連資料

1.「緊急時対応計画[クライシスプラン]Total Guidebook」	33
※指定入院医療機関における[クライシスプラン]の作成方法の一例 含:模擬「処遇実施計画書」、模擬「クライシスプラン」	
2.対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化 への理解と認識に関するアセスメント票Ver4.0	53
※指定入院医療機関の退院調整会議[CPA会議]に指定通院医療機関、関係機関職員が 参加した場合の対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の 改善・変化への理解と認識の程度をチェックするアセスメントシート	
3.「医療観察法審判ハンドブック(第2版改訂版Ver.1.1)」[抜粋版]	57
※医療観察法審判全般、特に退院許可申立て審判に関する考え方、解釈等について掲載	
4.「通院導入ハンドブック」Ver2.0 [抜粋版]	97
※通院導入時に必要な対象者への各種説明資料、パンフレットと、その資料についての スタッフ用取扱説明書、制度解説用資料等を掲載	
5.「通院ワークブック」[抜粋版]	145
※指定通院医療機関での施行を想定した疾病教育、「病気と対象行為の関係の理解」 などの治療プログラムを掲載	
6.参考となる各種資料(厚生労働科学研究班ハンドブック等)の紹介Ver1.7	195
7.『医療観察制度各処遇段階において参考となる各種資料の詳細一覧』Ver1.8	198



はじめに

医療観察制度では、入院処遇、通院(地域)処遇に関わるスタッフに高度の専門的知識や判断が要求されます。

司法精神医療・保健・福祉分野が先進的におこなわれている欧米諸国においては、研修が非常に重要視されており、特に処遇に直接携わるスタッフに対して、手厚く行われています。わが国でも、研修の重要性は、徐々に認識されてきており、指定入院医療機関や保護観察所のスタッフに対する研修は、以前に比べ、随分と充実したものとなってきています。

ところが、通院(地域)処遇に関わるスタッフに対する研修やテキストの整備は、いまだ十分とは言えません。わが国の医療観察法は、対象者を限定して運用しているため、全国の対象者数は年間300-400人(人口100万人あたり年間3人程度)と、欧米諸国の司法精神医療制度に比べて極端に少なく、指定通院医療機関や地域の各種福祉施設等の職員が対象者に関わる機会は限られています。また職員の異動などにより専門知識やスキル、経験等が蓄積されづらいこともあります。そのため、本来は、指定通院医療機関や地域の福祉施設等の現場スタッフに対する研修は、より重要度が高いといわれていますが、指定入院医療機関や保護観察所に比べ、指定通院医療機関や地域の福祉施設等は、数の多さ、立地が広範囲であること、経営基盤の違いなどから、予算等の問題で、統一的な研修の整備が進みづらい現状があります。

本研究班では、上記のような、通院・地域処遇の指定通院医療機関や地域の福祉施設等のスタッフに対する医療観察制度関連研修の開催が不足している現状をいくらかでも補完するために、【医療観察制度通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック】(以降「ハンドブック」と表記)を作成しました。このハンドブックでは、医療観察制度の実務経験の少ない方や、初めて通院対象者を担当することとなった方が、制度の一連の流れについて学んだり、通院医療機関や、地域の関係機関の自主的な勉強会や研修会を開催する際のテキストとして利用したりすることを想定し、医療観察制度を、対象者の処遇場面ごとに分け、解説しています。また、実務で利用出来る各種の様式、パンフレット等を、【Ⅲ関連資料】部分に掲載していますので、中堅の実務者にも役立つ内容となっています。

このハンドブックが、医療観察制度の通院・地域処遇に関わる各機関・施設の皆さんの実務のお役に立ち、対象者の円滑な社会復帰の後押しをすることになれば幸いです。

#### 【医療観察制度通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック】作成委員会

《厚生労働科学研究 障害者対策総合研究事業》

医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック 2018年3月

医療観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係る体制整備・周辺制度の整備に係る研究

主任研究者:岡田幸之

医療観察法医療従事者養成等制度運用の見直しに関する研究

分担研究者:三澤孝夫



## I.【医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック】の構成、利用法等について

### ◆ハンドブックの構成

本ハンドブックは、「Ⅱ.医療観察制度における審判、入院処遇、通院(地域)処遇とその流れ」と「Ⅲ.関連資料」の2部構成になっています。

「Ⅱ.医療観察制度における審判、入院処遇、通院(地域)処遇とその流れ」では、医療観察制度を標準的な流れに沿って解説しています。各章では、「制度概要」、「審判」、「入院処遇」、「通院処遇(地域処遇)」など、場面ごとに、通院(地域)処遇に関わるスタッフ等が理解しておくべき制度などの基本的な情報を、専門用語の解説も含めて、説明しています。

「Ⅲ.関連資料」では、「Ⅱ.医療観察制度における審判、入院処遇、通院処遇(地域処遇)とその流れ」で紹介した資料のほかに、対象者の支援の際に参考となる文献や、そのまま利用可能なパンフレットや書式などを収めています。

### ◆ハンドブックの利用法

#### ① 標準的な利用法

通院(地域)処遇に関わるスタッフの方は、必要に応じて、処遇場面ごとの章部分をお読みいただき、関連資料をご利用いただければと思います。

#### ② 基礎研修、地域勉強会、研修会での利用法

医療観察制度に初めて関わる方や、関係機関の多職種チームの方が、制度を理解するための総合的な基礎テキストとして、また、勉強会、研修会などで使用する研修テキストとして、ご利用ください。

基礎的な研修では、まず「Ⅱ.医療観察制度における審判、入院処遇、通院処遇(地域処遇)とその流れ」部分を、できるだけ章立ての順序に従って読み進め、制度全体の流れを理解していただくことを推奨しています。

また、地域の勉強会などでは、その地域で対応している実際の事例を理解するために、処遇場面ごとに各章部分を利用していただいてもよいと思います。



## 各章ごとの解説

### Ⅱ.医療観察制度における審判、入院処遇、通院処遇(地域処遇)とその流れ

#### 第1章 医療観察制度

[1]医療観察制度の目的と[2]医療観察制度全般の流れの概要の2節構成で、医療観察制度全体の概要を説明しています。

#### 第2章 医療観察制度における当初審判(対象行為後の最初の審判)の実際

[1]当初審判の概要、[2]当初審判におけるカンファレンス、[3]当初審判における審判期日の3節構成です。審判を含めた司法制度は、一般の精神医療従事者には、あまり馴染みのない部分ですが、通院(地域)処遇に関わる指定通院医療機関や福祉関係施設等のスタッフは、各種司法手続きを理解したうえで治療・支援を行っていくことが求められますし、実際の対象者の処遇や立場を理解するためにも、これらの知識が必要です。

特にいわゆる「直接通院」(当初審判で、入院処遇を経ずに直接、通院(地域)処遇の決定がなされる)では、対象者自身が、制度や自分の状況を十分に認識できていない場合もあるため、受け入れる関係機関のスタッフが、司法手続きの内容を十分に知っておくことは、対象者の状況や制度上の立場を理解するうえで必要不可欠です。また、いわゆる「移行通院」(入院処遇を経て、退院審判で、通院処遇が決定される)対象者の受け入れの場合でも、入院処遇の原因となった他害行為についての医療観察法での考え方、審判での手続きや判断の仕方等を理解しておくことは、入院処遇から通院処遇を通しての治療・リハビリテーション・社会復帰支援の方針やケア計画の作成、処遇終了に向けての課題設定のためにも必要です。

この章では、それらを念頭に、当初審判全体の手続きや処遇決定まで、対象者への審判判断がどのようになされていくのかを中心に、図表なども入れて説明しています。

#### 第3章 入院処遇の実際

[1]指定入院医療機関、[2]入院(処遇)の期間、[3]医療観察法病棟の各期(急性期、回復期、社会復帰期)、[4]指定入院医療機関における治療・リハビリテーション・社会復帰支援等、[5]退院支援の5節構成です。

この章では、通院(地域)処遇に関わる指定通院医療機関や福祉関係施設等のスタッフが、指定入院医療機関の退院調整会議(CPA会議)に参加したり、対象者と面接したりする際に、理解しておくべき、入院処遇についての基本的な情報等を記載しています。

「[4]指定入院医療機関における治療・リハビリテーション・社会復帰支援等」については、治療・リハビリテーション・社会復帰支援のためのプログラムには指定入院医療機関ごとに違いが大きいことや、既存の研究報告書や紹介資料などで特色あるプログラムが多く紹介されていることから、いくつかの代表的なプログラムを紹介するにとどめています。そのため、この節で、指定入院医療機関への治療内容について、ある程度、一般的なイメージを得たうえで、個々の対象者について、実際に行われている治療プログラムや対象者の参加状況を、指定入院医療機関の担当多職種チーム(MDT)に確認していただくのがよいと思います。



[5]退院支援の部分では、まず、医療観察制度の基礎となるケアマネジメント手法として、英国から導入された「CPA(Care Programme Approach)」の内容を紹介している。

※「CPA(Care Programme Approach)」は、英国の司法精神医療・保健・福祉における代表的ケアマネジメント手法であり、我が国の指定入院医療機関におけるCPA会議の由来ともなっている。

その後の節では、実際のCPA会議の開催の概要を説明し、また、参加した通院(地域)処遇に関わるスタッフが理解しやすいように、地域処遇実施計画や緊急時対応計画(クライシスプラン)の作成やケア会議参加における着目点がわかりやすいアセスメント票を関連資料で紹介している。

## 第4章 医療観察法における退院許可申立審判／入院継続申立審判の実際

[1]退院許可申立て審判の概要、[2] 退院許可申立審判(含む入院継続申立審判)におけるカンファレンス、[3]退院許可申立審判(含む入院継続申立審判)における審判期日の3節構成です。

我が国では、かつては、医療観察法の審判といえば当初審判のみがクローズアップされることが多く、退院許可申立審判については、関心が薄い傾向がありました。そもそも指定入院医療機関がない都道府県では、審判員や参与員が退院審判を経験する機会がありません。また、退院許可申立審判は、指定入院医療機関と保護観察所が提出する意見書などの書類のみで判断され、対象者が参加する審判期日が開催されないことが多い状況でした。しかし、通院(地域)処遇へ移行する対象者は均質ではなく、医療機関によって、あるいは同じ医療機関であっても、対象者によって退院後の治療方針やケア計画(処遇実施計画、クライシスプラン)についての理解にばらつきがあり、そのことが原因で、通院や服薬の不遵守などの大きな問題に発展する場合があります。次第に明らかになってくると、退院許可申立て審判の重要性が再認識され、対象者の理解や意識を直接確認することができる、審判期日を開催することが増えてきています。また、指定入院医療機関においても、対象者自身の治療に対する意識づけや、地域移行のための節目としての機能を重視し、審判期日の開催を裁判所に要望することが多くなってきています。

このような退院許可申立て審判を取り巻く状況もあり、本ハンドブックでは、退院許可申立審判を、通院(地域)処遇に関わるスタッフが知るべき重要な項目として独立した章とし、その手続きや考え方などを、概要からカンファレンス、審判期日と退院許可申立て審判の流れに合わせて解説しています。海外の司法精神医療でも、退院審判に関する内容は重要度が高く、通院医療機関や福祉関係施設等のスタッフの研修では、必ず取り上げられる項目となっています。

## 第5章 通院(地域)処遇の実際

[1]通院処遇(地域処遇)の期間、[2]保護観察所の役割、[3]指定通院医療機関における治療・リハビリテーション・社会復帰支援等、[4]地域精神保健福祉関係機関の役割の4部構成です。

[3]指定通院医療機関における治療・リハビリテーション・社会復帰支援等、[4]地域精神保健福祉関係機関の役割では、実際の通院(地域)処遇で使われている様式や対象者支援のための各種説明用の配布物、パンフレットの具体的な資料を紹介しています。これらは、『Ⅲ.関連資料』に掲載されています。



#### ◆著作権について諸注意

【医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック】には、本研究班、その他いくつかの研究班（「厚生労働科学研究」等）が著作権を持つ内容が含まれております。そのため、内容の無断変更による使用や出典を明らかにしないでの転載や発表資料等への利用は禁止します。

勿論、本来の目的である実務や個人学習、研修会等での利用目的でのコピー・配布には、制限はありません。積極的にご活用いただければ幸いです。

「Ⅲ.関連資料」に掲載されている資料の多くは、医療観察法に関わる実務者や研究者が作成し、実際に通院（地域）処遇で使用されているものです。A4版で作成されているものは、ハンドブック掲載時にB5に縮小しています。適宜、拡大コピーなどして、使用してください。

## Ⅱ.医療観察制度における審判、入院処遇、通院処遇(地域処遇)とその流れ

### 1.医療観察制度

#### [1] 医療観察制度の目的

医療観察法は、その条文の1条で心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによつて、その病状の改善およびこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もつ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。

#### [2] 医療観察制度全体の概要

「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う。)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ある。

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で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う。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」)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になる。

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う。)の調査が行われる。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」)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る。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る。

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る。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る。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る。



### [3]医療観察法の重大な他害行為とその対象者とは

医療観察法における重大な他害行為とは、殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害（軽微なものは除く）の6罪種である。

医療観察法の対象者（以下、対象者）とは、広義においては、心神喪失または心神耗弱の状態（この段階では、精神障害だけでなく、知的障害、認知症等に起因するものも含んでいる）のため善悪の区別がつかないなどの刑事責任を問うことのできない状態で重大な他害行為を行った者について、①検察官が、心神喪失または心神耗弱を理由に不起訴とした場合、②検察官は起訴したが、裁判において心神喪失または心神耗弱を理由に無罪あるいは自由刑を科せられなかった場合、検察官により医療観察法による審判を申し立てられた者をいう。

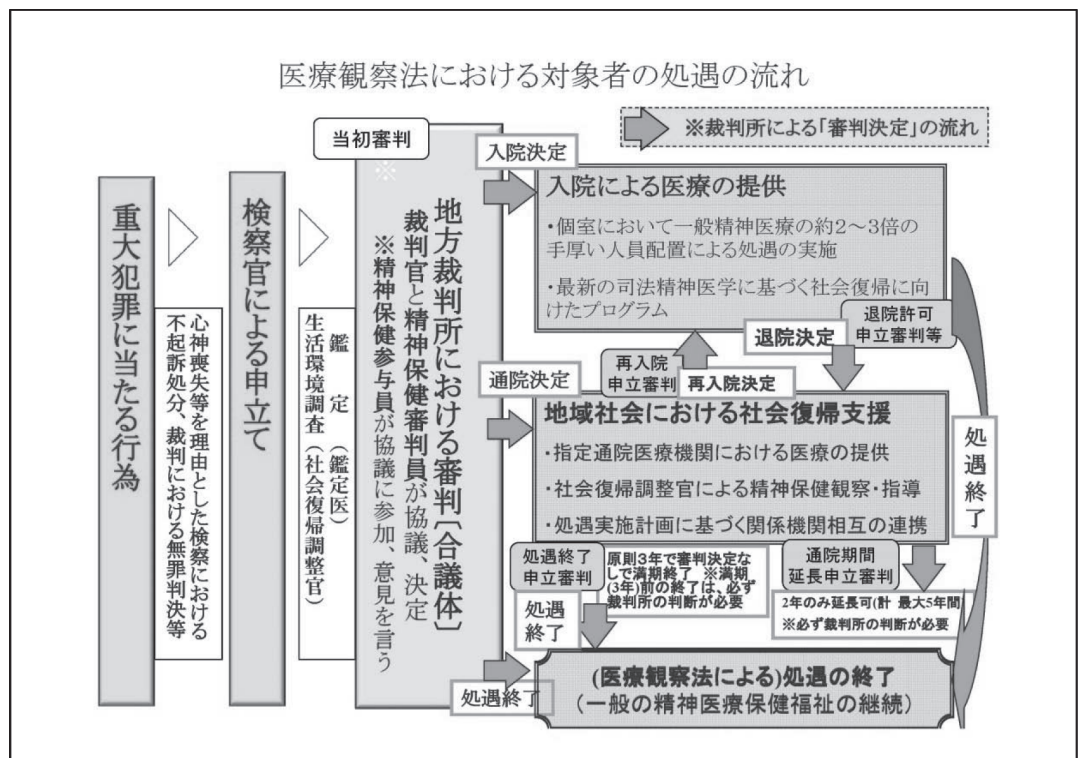
①「疾病性」があり＝精神症状があり治療が必要であること、②「治療反応性」があり＝治療可能な精神疾患であること、③「社会復帰要因」が未整備である＝退院、通院のための環境調整が整備されていないなどの要件を基礎として決定）とされ、入院（入院医療の実施）決定、通院（入院によらない医療の実施）決定した者である。※狭義においての医療観察法の対象者とは、医療観察法審判で医療観察法による医療が必要とされた者をいう。

## 2.医療観察制度における当初審判(対象行為後の最初の審判)の実際

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]当初審判の概要 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、審判に関わる関係者の間では、総称して「当初審判(検察官申立審判)」としている。

心神喪失または心神耗弱の状態を上記のような重大な他害行為をのようなかたちで、医療観察法審判の申立てが裁判所へなされると、医療観察法審判が開始される。医療観察法の当初審判は、通常、地方裁判所で行われ、裁判官以外に、精神保健審判員と精神保健参与員が、対象者の処遇決定に関与することになっている。精神保健審判員は、精神科医療の専門家として、経験のある精神科医から選任される。また、精神保健参与員は、精神保健福祉の専門家として、経験のある精神保健福祉士または、精神科保健・福祉に長く従事していた保健師などから選任される。

審判の過程では、精神保健審判員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の調査が行われ、これらを参考に、審判においては、前述の3要件(疾病性、治療反応性、社会復帰要因)を中心に、関係者(裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員、検察官、付添人、社会復帰調整官など)で協議が行われる。そして、最終的に精神保健参与員の意見を聴いたうえで、裁判官と精神保健審判員の合議で審判決定がなされる。

#### ◆【付添人】とは

医療観察法審判において、刑事事件の訴訟手続きにおける弁護人にあたる。

#### ◆【医療観察法鑑定書】とは

当初審判の場合は、対象者の鑑定入院が1ヶ月程度を経過した頃に、鑑定医により『医療観察法鑑定書』が作成される。『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」などが記載されている。

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。

#### ◆【生活環境調査結果報告書】とは

事件地の保護観察所により『生活環境調査結果報告書』が作成される。『生活環境調査結果報告書』調査項目は、本人の居住地の状況、経済状況、家族の状況、対象行為に至るまでの生活状況、過去の治療状況、近隣地域の状況、社会資源の活用状況、仮に法の適用を受け入院によらない医療を受けることとなった場合に想定される指定通院医療機関の状況など多岐にわたっている。



## [2]当初審判におけるカンファレンス

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、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、概ね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。

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ことが多く、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ことが多い。

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していくか否かの議論となりやすい。しかし、当初審判においても、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とされている。

### [3]当初審判における審判期日

「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刑事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。



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。

「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、精神保健参与員のための短い「カンファレンス」を開き、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。

#### ◆【審判期日】とは

地方裁判所が、終局判断を形成するために、対象者を出頭させて審理を行う期日。

#### Ⅲ.関連資料【参照】

3.「医療観察法審判ハンドブック(第2版改訂版 Ver.1.1)」当初審判部分など  
(資料説明) 医療観察法審判全般についての解説書。当初審判、退院許可申立審判の  
カンファレンス、審判期日、審判決定の法解釈に詳しい。

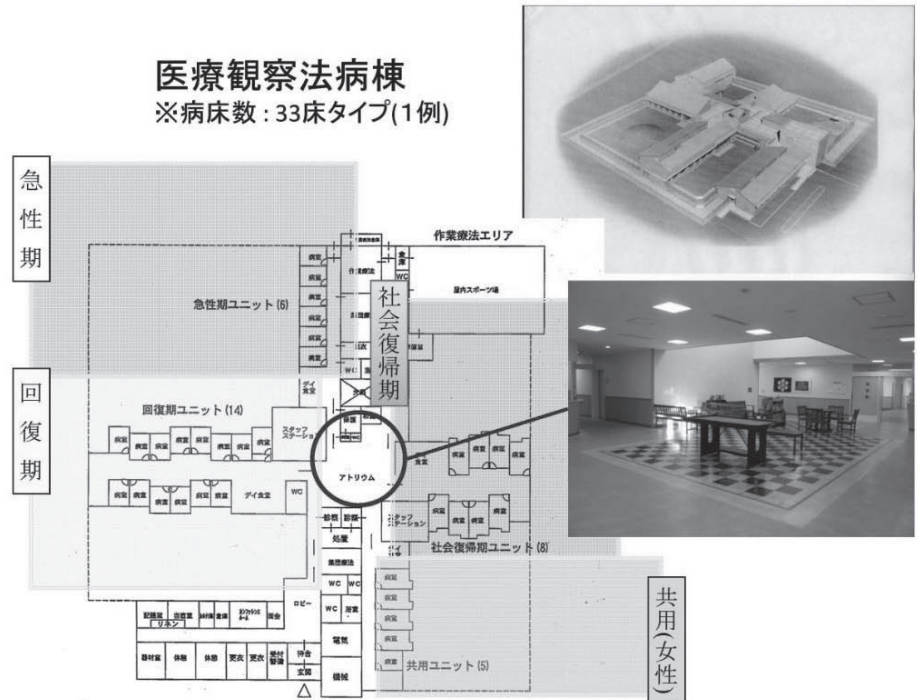


### 3.入院処遇の実際

#### [1]指定入院医療機関

指定入院医療機関は、厚生労働省令で定める基準に適合する医療観察法の入院施設。開設者の同意を得て厚生労働大臣が指定する。

標準的な指定入院用機関の医療観察法病棟は、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法室、ケア会議室を病棟内に整備している。そして治療や社会復帰の進行に合わせて対象者が、病棟内の各ユニットを移行していくことで、各ユニットにおける対象者の治療内容や治療目標を明確にでき、それらに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)を定期的で開催し、入院時から退院を見通した医療を重視している。

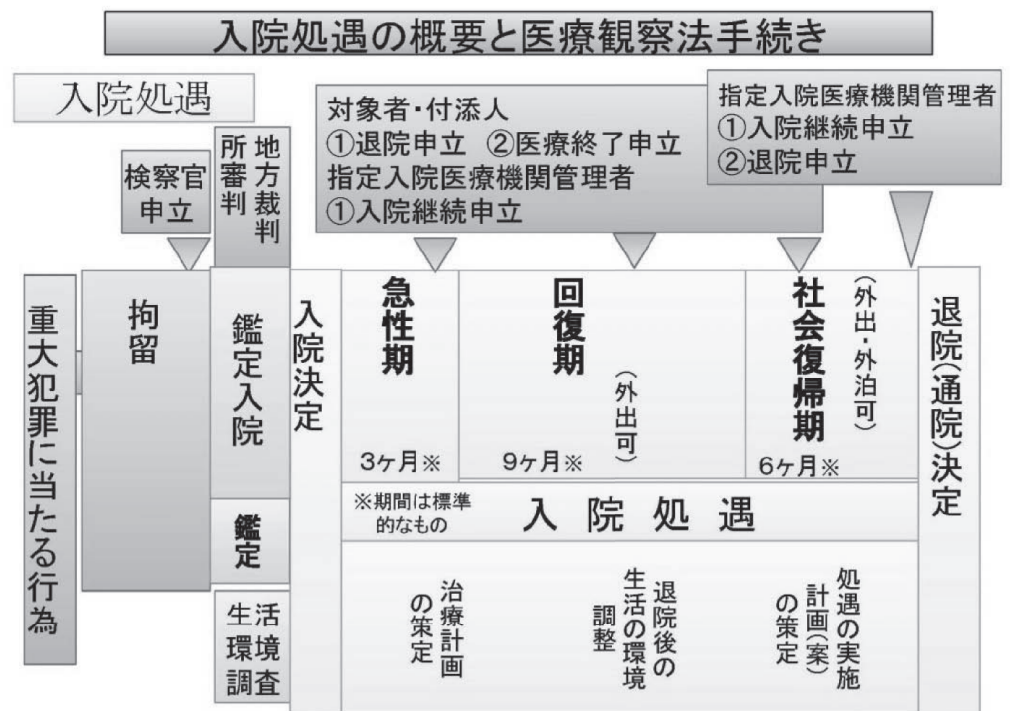
◆【多職種チーム(MDT)】

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

[2]入院(処遇)の期間

医療観察法の審判において、入院処遇の決定が出た場合、対象者は、通常、医療観察法上の指定入院医療機関へ入院となる。指定入院医療機関では、概ね18ヶ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ヶ月、回復期9ヶ月、社会復帰期6ヶ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来る。

各期における治療目標は、急性期(1~12週)では、身体的回復と精神的安定、治療への動機付けの確認、対象者との信頼関係構築、回復期(13~48週)においては、病識の獲得と自己コントロール能力の獲得、日常生活能力の回復、社会復帰期(49~72週)では、障害の受容、社会生活能力(服薬管理、金銭管理等)の回復と社会参加の継続等となっている。



厚生労働省の入院処遇ガイドラインでは、急性期(3ヵ月)、回復期(9ヵ月、外出可)、社会復帰期(6ヵ月、外出・外泊可)の計18ヵ月を標準の入院対象者の治療ステージおよび入院期間のモデルとしている。入院期間は、治療反応性、疾病性、社会復帰要因(退院調整等)により18ヵ月以上にも、以下にもなりうる。

[3]医療観察法病棟の各期(急性期、回復期、社会復帰期)

前述のように指定入院医療機関では、概ね18ヵ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ヵ月、回復期9ヵ月、社会復帰期6ヵ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来る。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持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着け、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持ち、対象者自身が退院後の生活に関心を持ち、希望を述べるように支援している。また、外泊を通して、退院後の支援者との交流を深め、救助行動を確認することや、退院後の生活スケジュールを実際に行ってみることで無理がないか確認することなど退院に向けて準備していく。また、クライシスプランも作成し、退院後の支援者も含めて共有することで、実践可能なプランにし、対象者が安心して退院できるように支援する。

## [4]指定入院医療機関における治療・リハビリテーション・社会復帰支援等

指定入院医療機関は、対象者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していく。指定入院医療機関の病棟の多職種チーム(精神科医、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、心理士)により、①入院対象者の治療方針、治療プログラムの内容や治療効果については、治療評価会議(週1回)で検討される。②特に、治療ステージ(急性期、回復期、社会復帰期)の移行や外出、外泊など重要な決定については、再度、運営会議(月1回)で検討される。また、倫理会議(原則月2回)では、精神症状により意思伝達能力や判断能力が損なわれている、あるいはインフォームドコンセントが得られない場合に、精神医学の専門家の外部委員を含む倫理会議で、非自発的治療の適否について事前評価を行う。

## (1)治療プログラム

指定入院医療機関の医療観察法病棟では、様々な治療プログラムが行われている、特徴的なものとして以下にいくつか紹介する。

### 1)権利擁護講座

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

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

### 2)疾患・服薬心理教育プログラム

疾患・服薬心理教育プログラムは、多職種で運営されているプログラムで、個別や小集団で実施されている。単に、知識の提供だけでなく、対象者自身の体験や思いを語る機会を大切にし、対象者ごとのペースで、疾患や治療について考えを深め、最終的に対象者が主体的な治療参加につながることを目的としている。

おおむね、プログラム内容は段階にわけて構成されており、ステップ1では、入院や治療、検査などについて一緒に確認するなど治療導入・オリエンテーションとして位置づけられており、個別で実施されることが多い。ステップ2、ステップ3では、小集団の中でこれ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。



月	火	水	木	金
8:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
8:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
9:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
9:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
10:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
10:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
11:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
11:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
12:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
13:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
13:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
14:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
14:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
15:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
15:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
16:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
16:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
17:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
17:30	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム
18:00	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム	朝起きプログラム

### 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場所もある。このようにメッセージに対象者が参加することは、対象者に退院後の社会資源の一つとして自助グループが存在することを知らせるとともに、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、生活史の振り返りを行った後、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)外出・外泊の実施

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。

## [5]退院支援

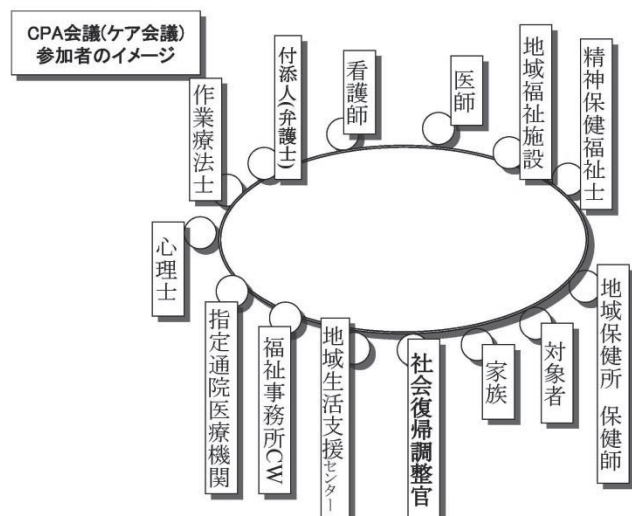
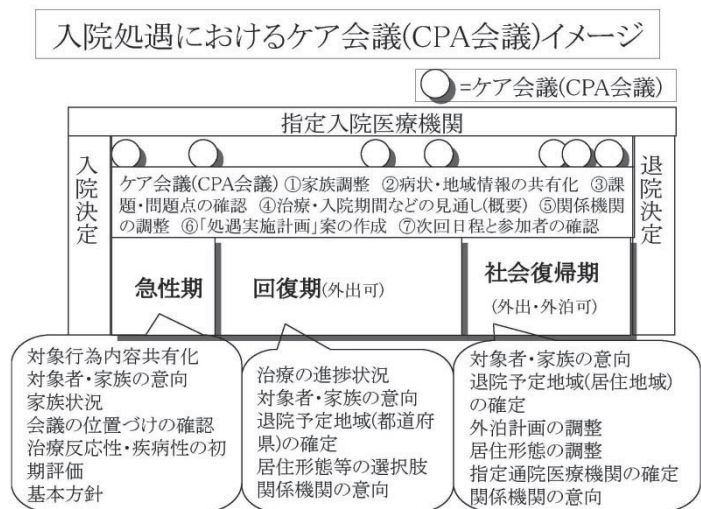
この制度では、指定入院医療機関に入院した人が、その地元等において円滑に社会復帰できるよう、入院当初から、退院に向けた取組を継続的に行うこととしており、CPA会議(Care Programme Approach meeting)といわれる病棟内のケア会議を定期的に行き、対象者、担当多職種チーム、社会復帰調整官、退院地域の関係機関が参加し、ケアマネジメントの手法を用いて退院後のケア計画などを作成している。保護観察所は、指定入院医療機関や地元の都道府県・市町村などの関係機関と連携して「生活環境調整」を行い、退院地の選定・確保や、そこでの処遇実施体制の整備を進めることとしている。

そして、入院対象者の治療が進み、もう医療観察法における入院治療が必要無いと指定入院医療機関(担当多職種チーム)が判断した場合、指定入院医療機関は、裁判所へ退院許可申立てを行わなければならないとされている。

### ◆指定入院医療機関で行われる

**CPA 会議** CPA会議(Care Programme Approach meeting)

英国の司法精神医療のケアマネジメントの手法を導入した退院調整のためのケア会議。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。その内容は、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、④説明と同意、⑤関係機関の役割分担と緊急時対応の明確化)、⑥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、⑦情報の迅速な集約化と共有化)、⑧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)などを特徴としており、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ためのケアマネジメントの手法とされている。



日本の医療観察制度は、英国の制度をモデルとして導入されたため、制度自体の運用や考え方、その枠組み等が、英国の司法精神医療・保健・福祉制度に近いといわれている。特に、指定入院医療機関の医療観察法病棟の仕組みは、その多くを英国の地域保安病棟から導入している。入院処遇中ケアマネジメントについても、英国のCPA(Care Programme Approach)をモデルとして導入されている。そのため、対象者や治療等に関するアセスメント、関係機関や退院環境調整等のケアマネジメントを行う会議も、英国と同様に「CPA会議(Care Programme Approach meeting)」といわれ、指定入院医療機関で開催されている。

この「CPA会議」は、①そのケースごとに、指定入院医療機関の担当MDTチームや保護観察所の社会復帰調整官、退院予定地域の社会復帰施設や保健所・行政機関などの通院(地域)処遇に関わるスタッフとともに、対象者自身や家族も参加し、対象者とその治療・リハビリテーション・社会復帰支援や退院予定地域の環境等についてアセスメントの行うため「CPA会議」を開き、そして、「CPA会議」において参加者、関係機関の意向や役割、環境要因等を調整していくこと。②対象者の意向を尊重しながら、関係機関で、対象者に必要な支援内容や対応、課題を明らかにし、各関係機関が連携出来るケア計画案を作っていくこと。③最終的に文書化したケア計画【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、退院後、そのケア計画に沿って、社会復帰調整官とともに、各関係機関が有機的に連携し、対象者の支援を行っていくことなど、英国のCPAをモデルとした「CPA会議」に近いカタチで運営されている。

通院(地域)処遇に関わるスタッフは、このCPA会議などにおいて、医療観察制度における通院(地域)処遇の概要、その規則、注意点などや対象者の通院(地域)処遇開始後の治療、生活、支援などの理解について確認し、具体的なイメージを、指定入院医療機関の多職種チームや対象者と共有化し、すり合わせておく必要がある。

対象者が指定入院医療機関の入院処遇を経ての通院(地域)処遇開始となる場合、通院(地域)処遇に関わるスタッフは、対象者がこれらの知識や通院(地域)処遇の具体的なイメージを十分に理解していると考えていることが多い。また、実際に、指定入院医療機関でのCPA会議や多職種チームとの話し合い、外出・外泊のプログラムなどにより、退院時まで、そのような制度等の知識や通院(地域)処遇の具体的なイメージを持ち得る対象者も少なくはない。

しかし、これは、個々の対象者の精神障害や病識の状況、能力、性格、理解度などにより、大きく差が出やすい部分であり、また、入院処遇中の通院(地域)処遇における知識の理解が、実際は、うまく具体的なイメージに繋がっていない場合も多い。また、入院処遇から通院(地域)処遇への移行時は、社会復帰調整官以外の関わるスタッフが大きく入れ替わることで、対象者とスタッフのケア計画における認識に齟齬も起きやすくなることも留意し、CPA会議において、これらを丁寧に指定入院医療機関の多職種チームや対象者と確認しておく必要がある。

また、通院(地域)処遇に関わる各機関の予定される支援体制、考え方、地域事情などを、CPA会議などを通して指定入院医療機関の多職種チームや対象者、社会復帰調整官と、よくすり合わせておく。そして、通院(地域)処遇に必要と思われる内容を、地域処遇実施計画や緊急時対応計画(クライシスプラン)に反映させていくことが、その後、通院(地域)処遇において、通院(地域)処遇に関わるスタッフが対象者と関わっていくうえで、非常に重要となる。



ただ、『(地域)処遇実施計画書(案)』、『クライシスプラン(緊急時対応計画)』とも、通院(地域)処遇が、実際に始まるとデイケア通所回数やアルバイトの開始、治療者メンバーの交替や交友関係など、どうしても、入院中で想定していた対象者の治療環境や生活環境、その状況等に変化が生じてくる。そのため『(地域)処遇実施計画書(案)』、『クライシスプラン(緊急時対応計画)』は、まずは、対象者の入院処遇から通院(地域)処遇への円滑な移行を目標に作成されていること、『(地域)処遇実施計画書(案)』、『クライシスプラン(緊急時対応計画)』は、万能ではないことを、よく理解し、その計画における重要点や弱点等について、よく意見交換しておかなければならない。そして、『(地域)処遇実施計画書(案)』、『クライシスプラン(緊急時対応計画)』は、退院後は、対象者が落ち着いてきたところで、計画を再点検し、必要があれば退院後6ヶ月程度で、一度見直すことなどを念頭に、対象者も含め、入院処遇、通院(地域)処遇に関わるスタッフと、そのような認識やその方法等について、CPA会議などで意見交換しておくが良い。

### Ⅲ.関連資料【参照】

#### 1.「緊急時対応計画[クライシスプラン]Total Guidebook」

(資料説明) 指定入院医療機関における[クライシスプラン]の作成方法について、CPA会議などでの調整等も念頭に指定入院医療機関のスタッフ向けに作成されたマニュアル。どのような視点や考え方で作成しているのかなどを理解するうえで参考となる。また、模擬「処遇実施計画書」、模擬「クライシスプラン」などが含まれており、実物に近い資料を見ることで、初めて、医療観察法観察法に関わるスタッフでも、イメージが付きやすい資料となっている。

#### 2.対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票Ver4.0

(資料説明) 指定入院医療機関のCPA会議において、指定通院医療機関や施設などの通院(地域)処遇に関わるスタッフが、入院中の対象者の治療や生活の状態、退院後の地域でのケア計画について対象者や指定入院医療機関のスタッフの意向等を理解するためのアセスメント票(チェックシート)。通院(地域)処遇に関わるスタッフのCPA会議への参加時期により、①「回復期から社会復帰期のCPA会議への参加を想定したアセスメント票(チェックシート)」、②「社会復帰期後期[退院準備期]のCPA会議への参加を想定したアセスメント票(チェックシート)」の2通りのアセスメント票(チェックシート)が掲載されている。

※初めて参加する入院処遇、通院(地域)処遇に関わるスタッフなどが、CPA会議内で、対象者や指定入院医療機関のスタッフについて、どのような確認など行っていけば良いかわかり難いという意見から、医療観察制度に経験の深い入院処遇、通院(地域)処遇に関わるスタッフによる地域の連絡協議会で原型が作成され、後に、『医療観察法従事者 上級者研修会(厚生科学研究費により開催)』に採用された。

## 4.医療観察法における審判(退院許可申立て審判/入院継続申立て審判)の実際

### [1] 退院許可申立て審判の概要

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できる。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、審判に関わる関係者の間では、総称して「退院許可申立審判」と言っている。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。

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。

### [2] 退院許可申立審判(含む入院継続申立審判)におけるカンファレンス

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」、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。

#### ◆『(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できていることが多い。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。

#### ◆『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。



### [3]退院許可申立審判(含む入院継続申立審判)における審判期日

「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。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が、通常、審判期日が開催される場合は、ほとんど地方裁判所の法廷で行われ、対象者が出廷する。ただ、「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、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。社会復帰調整官は、ほぼ出席している。

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。

質問の内容は、①退院後の居住地や利用予定の社会復帰施設の確認、②地域生活のイメージや希望(現実的計画性)の確認、③処遇実施計画案(クライシスプランを含む)に対する認識とその履行(具体的実行性)の確認、④対象行為への内省、⑤再他害行為の予防のために必要なスキルの確認などが、退院後の対象者の通院(地域)処遇に重要なものが多いため、近年、指定通院医療機関の職員など、対象者を実際に処遇する通院(地域)処遇を行う関係者が傍聴を希望することも多く、裁判所が認める事例が出てきている。

その後、審判期日終了時に、審判決定の内容(退院決定の可否も含め)は、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」を開き、最終的な確認を行う場合も多くあるため、対象者は、その後、指定入院医療機関に戻され、審判決定の内容は、後日か(1~4週間後程度)に、地方裁判所より書面(郵送)にて、指定入院医療機関の対象者に伝えられることが多い。

近年、このような退院許可申立審判の審判期日は、対象者の意向や対象者の退院後の通院(地域)処遇や地域生活のイメージの理解など確認にもなるため、裁判所としても重要視してきており、開催されることが多くなっている。また、指定入院医療機関でも、対象者の入院処遇から通院(地域)処遇への移行の節目となることから、裁判所への開催要望を出す動きが広がってきているなど、退院許可申立審判の審判期日は、注目されている。そのような流れの中、指定通院医療機関の職員など、通院(地域)処遇に関わるスタッフが、裁判所や対象者と事前に話し合い、許可を受けて、退院許可申立審判の審判期日の傍聴するケースも出てきているが、まだ余り多くはない状況である。

しかし、このような制度と手続きにより、退院許可決定が行われていること、通院(地域)処遇前に、対象者がこのような経験をしていることを、通院(地域)処遇に関わるスタッフが、承知していることの意義は大きい。

特に、退院許可申立て審判での審判期日の質問の内容には、前述のように、①退院後の居住地や利用予定の社会復帰施設の確認、②地域生活のイメージや希望(現実的計画性)の確認、③処遇実施計画案(クライシスプランを含む)に対する認識とその履行(具体的実行性)の確認、④対象行為への内省、⑤再他害行為の予防のために必要なスキルの確認など、退院後の対象者の通院(地域)処遇に重要なものが多くあり、対象者がどのように、それらを考え、発言しているのか、通院(地域)処遇に関わるスタッフが、退院前に知っておくことは、対象者の寄り深い理解や通院(地域)処遇の準備のためにも、有効である。

退院許可申立審判の審判期日に通院(地域)処遇に関わるスタッフが、傍聴できないとしても、通常、社会復帰調整官が、ほぼ参加している。そのため、通院(地域)処遇に関わるスタッフは、参加している社会復帰調整官より、審判期日における対象者や家族の考え方や通院(地域)処遇についての理解度など、対象者の受け入れ準備のために必要な情報を聴取し、対象者などの理解を深めておくことができる。また、通院(地域)処遇に関わるスタッフが、社会復帰調整官と審判期日時の状況や対象者についての評価等を共有化しておくことは、今後の通院(地域)処遇を協働して行っていくためにも重要である。

そして、必要に応じて、退院後の対象者に、退院許可申立審判などの話題を持ち出し、直接、確認することなどについても、社会復帰調整官を含む通院(地域)処遇に関わるスタッフで検討してみてもよい。

### Ⅲ.関連資料

- 3.「医療観察法審判ハンドブック(第2版改訂版 Ver.1.1)」[抜粋版] 退院許可申立審判部分  
(資料説明) 医療観察法審判全般についての解説書。当初審判、退院許可申立審判のカンファレンス、審判期日、審判決定の法解釈に詳しい。

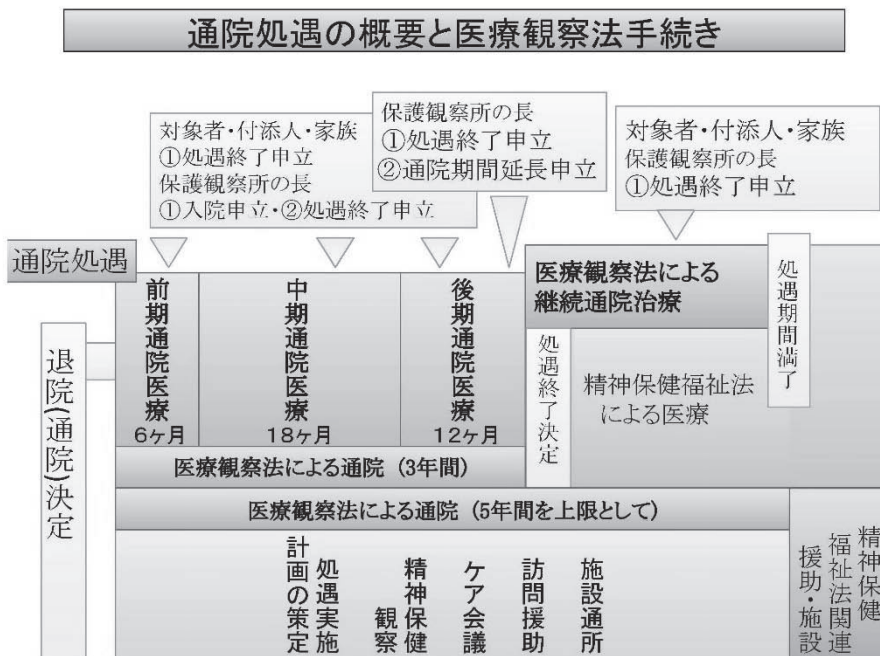
## 5.通院(地域)処遇の実際

### [1] 通院処遇(地域処遇)の期間

裁判所で審判期日が行われた場合、通常1～2週間で、決定が書面より指定入院医療機関の対象者あてに郵送される。このような決定書きが郵送され、その内容が退院許可決定であった場合、当日、社会復帰調整官が、指定入院医療機関に来院し、対象者に退院後の地域でのケア計画である「処遇実施計画書、(含: クライシスプラン(緊急時対応計画))」や、その他、退院後の処遇の説明し、承諾を確認するが多い。その後、指定入院医療機関を、その日のうちに退院し、通院処遇(地域処遇)へ移行することとなる。

医療観察制度による通院処遇は、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年間とされているが、対象者の病状や状況等により裁判所の決定で短縮される場合もある。また、3年を経過する時点で、なお医療観察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、その後、2年を超えない範囲で、通院期間を延長されることがある。

通院の期間は、前期通院治療(6ヵ月)、中期通院期間(18ヵ月)、後期通院期間(12ヵ月)の原則3年、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できる。ただし、裁判所の決定で延長をしても最長5年間を超えることはできない。また、その期間終了前でも、保護



観察所長もしくは対象者本人、その保護者または付添人の申立ての結果、裁判所において処遇終了決定を受けた場合は、医療観察制度による処遇は終了する。

### [2] 保護観察所の役割

#### 1) 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、医療観察制度における「審判」、「入院処遇」、「通院・地域処遇」などの各場面において、以下のように対象者の生活状況を見守り、必要な指導や助言を行うとともに、関係機関相互の連携・調整役等を担っている。



## 2)社会復帰調整官(保護観察所)の関わり

### ①生活環境調査

保護観察所(社会復帰調整官)が行う生活環境の調査とは、裁判所の求めに応じ、対象となる人の住居や家族の状況、利用可能な精神保健福祉サービスの現況など、その生活を取り巻く環境について調査するもの。調査は、対象者本人や家族等の関係者と面談するほか、関係機関に照会するなどして行われ、その結果は、医療観察法の当初審判における資料(生活環境等結果報告書)となっている。

### ②生活環境調整

指定入院医療機関に入院した人が、その居住地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になる。保護観察所(社会復帰調整官)が行う生活環境の調整とは、保護観察所が、対象者本人から退院後の生活に関する希望を聴取しつつ、指定入院医療機関や退院予定地の精神保健福祉関係機関と連携して、退院地の選定・確保のための調整や、そこでの処遇実施体制の整備を進めるものである。

### ③精神保健観察

医療観察制度の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。この制度では、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対象者本人の生活状況を見守り、必要な指導や助言を行う

### 《通院(地域)処遇におけるケア会議》

地域社会における処遇では、指定通院医療機関における医療、保護観察所による精神保健観察、都道府県・市町村、障害福祉サービス事業者などの精神保健福祉関係機関による相互連携のもとに、対象者の地域生活を支えるものである。この三者の連携を確保するために、保護観察所は対象者の処遇の実施計画を策定するとともに、ケア会議を開催して関係機関の担当者による情報の共有と意見交換を行っている。

#### ◆保護観察所が主催する「ケア会議」

保護観察所は、地域社会における処遇に携わる関係機関が、対象者に関する必要な情報を共有し、処遇方針の統一を図るほか、処遇実施計画の見直しや各種申立ての必要性等について検討するため、定期的又は必要に応じ、ケア会議を開催する。

### [3] 指定通院医療機関における治療・リハビリテーション・社会復帰支援等

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または指定通院医療機関で行われる。これらを併せて「指定医療機関」という。入院・通院ともに指定医療機関における医療費は全額国費で支払われる。ただ、指定通院医療機関における精神保健福祉法での入院医療費は、対象者の自己負担となる。

通院処遇の期間は、保護観察所が作成する「処遇の実施計画」に基づき、対象者個々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、援助等が提供されることになっている。具体的には、対象者は、指定通院医療機関による通院し、訪問看護、デイケアなどを受けながら、保護観察所による精神保健観察や行政機関、精神障害者等福祉関係機関により行われる各種援助などの必要な福祉サービスなどを受け、病状の改善と社会復帰に努めることになっている。

指定通院医療機関では、ノーマライゼーションの観点も踏まえた通院対象者の社会復帰の早期実現をめざし、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多職種のチームによる提供することが求められている。また、指定通院医療機関においては、当該通院対象者の状況に応じて専門的な通院医療を提供するとともに、一時的な病状悪化の場合などには、精神保健福祉法等により、入院医療を提供していくことになっている。

通院の期間は、前期通院治療(6ヵ月)、中期通院期間(18ヵ月)、後期通院期間(12ヵ月)の3期に分けられており、原則3年以内に一般精神医療への移行をめざしている。そのため、対象者ごとに治療計画を作成し、定期的な評価を行うとともに、治療への動機付け等を高めるために、十分な説明を行い通院対象者の同意を得られるように努める(必要に応じ当該対象者が参加する多職種チーム会議も実施する)。保護観察所他の保健・医療・福祉の社会資源と連携をとりつつ対象者を支援することになっている。

指定通院医療機関は、これらのことを踏まえて通院対象者の援助を行っていくことになる。まず、指定通院医療機関は、鑑定入院から地方裁判所の審判の決定により医療観察法の通院となる(直接通院)や審判の入院決定による指定入院医療機関の入院を経て通院となる(移行通院)について、それぞれ地方裁判所、保護観察所、指定通院医療機関、強制機関等と指定通院医療機関との窓口となり保護観察所の社会復帰調整官と連携しながら、対象者の受け入れのための各種関係機関との調整などを行っていく。そして、保護観察所が定期的に主催する「ケア会議」に協力し、地域社会における処遇に携わる関係機関等が通院対象者に関する必要な情報を共有し処遇方針の統一を図る。また、処遇の実施計画の見直しや各種申立ての必要性等について検討していくことになっている。

指定通院医療機関では、1ヶ月に1度以上、対象者に個別の治療計画を策定し、定期的に対象者の評価を行うなど各職種が連携を図りながら、医療を提供するために、対象者を担当する多職種チームにより「多職種チーム会議」を開催することが義務づけられている。この指定通院医療機関内の多職種チーム会議では、必要に応じて、当該医療機関以外の地域の医療・保健・福祉関係者及び社会復帰調整官の参加を求めていく。また、対象者に対して複数の指定通院医療機関から医療が提供される場合(訪問看護等を他の機関との連携で行う場合)には、医療機関相互の連携を十分に保つため、定期的に評価等の会議を行うこととされている。

#### 《通院(地域)処遇に関わるスタッフの情報の共有化》

対象者は、指定通院医療機関で通院医療を受けなければならないとされている。通院(地域)処遇による医療の目的は、通院対象者に対して継続的かつ適切な通院医療と通院医療確保のために必要な観察および指導を行うことによって、その病状の改善と同様の行為の再発の防止を図

り、対象者の社会復帰を促進することである。そのため、通院の決定を受けた対象者は、継続的な医療を確保することを目的に社会復帰調整官による精神保健観察が実施される。通院(地域)処遇の対象者は、任意入院はもとより、措置入院、医療保護入院も可能であり、その入院の期間中も精神保健観察は続く。また、社会復帰調整官は、対象者および家族、関係機関担当者などと、ケア会議を開催する。

通院(地域)処遇に関わるスタッフは、このような医療観察制度における通院(地域)処遇の概要、その規則、注意点などをよく理解しておかなければならない。また、指定入院医療機関でのCPA会議で行った話し合いの内容や決定事項などを再度、振り返りを行っておく。そして、退院後のケア計画の中心とな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)の案をチェックして、通院(地域)処遇開始後の治療、生活、支援などの具体的なイメージを通院(地域)処遇に関わるスタッフや社会復帰調整官などと、よく共有化しておく必要がある。また、前述の退院許可申立審判の制度概要をよく理解しておくとともに、裁判官、精神保健審判員、精神保健参与員の対象者への質問、特に、①退院後の居住地や利用予定の社会復帰施設の確認、②地域生活のイメージや希望(現実的計画性)の確認、③処遇実施計画案(クライシスプランを含む)に対する認識とその履行(具体的実行性)の確認、④対象行為への内省、⑤再他害行為の予防のために必要なスキルの確認など、退院後の対象者の通院(地域)処遇に重要なものについての対象者の態度や発言内容について、通院(地域)処遇開始前に、通院(地域)処遇に関わるスタッフや社会復帰調整官などで、よく共有化しておかなければならない。

#### 《通院(地域)処遇における対象者へのオリエンテーション等》

対象者が指定入院医療機関の入院処遇を経ての通院(地域)処遇開始となる場合、通院(地域)処遇に関わるスタッフは、対象者がこれらの知識や通院(地域)処遇の具体的なイメージを十分に理解していると考えていることが多い。また、実際に、指定入院医療機関でのCPA会議や多職種チームとの話し合い、外出・外泊のプログラムなどにより、退院時まで、そのような制度等の知識や通院(地域)処遇の具体的なイメージを持ち得た対象者も少なくはない。

しかし、これは、個々の対象者の能力や経験、病状や障害の程度、病識などにより、大きく差が出やすい部分であり、また、入院処遇中の通院(地域)処遇における理解が、具体的な通院(地域)処遇のイメージにうまく繋がっていない場合も多い。また、入院処遇から通院(地域)処遇への移行時は、社会復帰調整官以外の関わるスタッフが大きく入れ替わることで、対象者とスタッフのケア計画における認識に齟齬も起きやすくなることも、留意しておかなくてはならない。

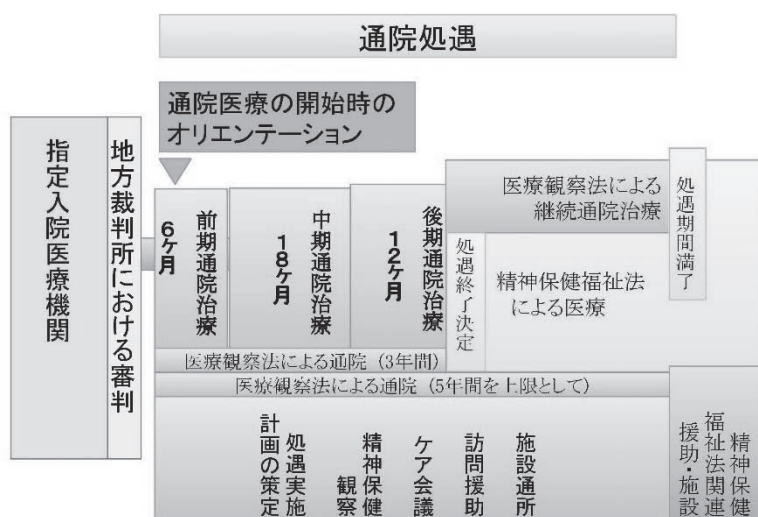
そのため、医療観察制度における通院(地域)処遇の概要、その規則、注意点などについては、対象者と共有化を行い、通院(地域)処遇開始後の治療、生活、支援などの具体的なイメージについて、よくすりあわせをおこなっておく必要がある。

特に、通院(地域)処遇開始時などの初期に、対象者と通院(地域)処遇に関わるスタッフが、これらの事項を含む「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)などの実際の通院(地域)処遇開始後の治療、生活、支援などについて、より具体的イメージを持ち、その確認やすりあわせを行うことは、その後の入院処遇から通院(地域)処遇への円滑な移行とトラブルの未然防止の観点からも極めて重要とされている。



このハンドブックでは、通院(地域)処遇に関わるスタッフと対象者による、これらの通院(地域)処遇開始後のイメージの共有化やすりあわせの良い機会とし、初回の通院時に、指定入院医療機関などにおいて、できるだけ多くの通院(地域)処遇に関わるスタッフや社会復帰調整官が参加し、対象者ととも、少し長い時間をかけて、通院(地域)処遇開始後の具体的なイメージを共有

Misawa, Takao, et al. NCCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)



していくこと、また、その中で、「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)などの確認なども、行われることを想定して作成されている。そのため、添付資料である「Ⅲ.関連資料」内の「通院導入ハンドブック」Ver2.0 [抜粋版]を掲載し、①通院(地域)処遇初期の①対象者への説明のための様式、②「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)などを確認のチェックリスト、③簡単な対象者への制度説明のための制度等の説明分、対象者や家族向けのパンフレット等により、通院

(地域)処遇開始後の具体的なイメージを対象者と通院(地域)処遇に関わるスタッフが共有化できるようにしている。

### 《通院(地域)処遇における対象行為も含む「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の取り扱いについて》

これらのすりあわせの時期については、まず、信頼関係ができてから行うべきではないか、特に、対象行為も含む「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の確認や評価については、対象者への侵襲性が強いため、信頼関係が出来た通院2~3ヶ月後以降に行う方が良いなどの意見もあった

しかし、医療観察制度のモニタリング研究の成果から、通院(地域)処遇の場合、1~2ヶ月の比較的初期に、トラブルが起こることが多く、その内容には、病状悪化以外の制度や支援計画への理解不足などによるものが、多くあること。また、指定入院医療機関における退院準備や前述の退院許可申立審判の審判期日など、入院処遇最終期において、「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の確認や話題は、この時期前後に多く、この時期の確認が必ずしも、対象者に特別な感覚を与えにくいこと、通院初期(開始時)に、対象者と通院(地域)処遇に関わるスタッフで、「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)を確認し、その中で、通院(地域)処遇開始後の具体的なイメージを共有しておくことで、一定の成果を上げている地域が出てきていることなど報告され、この時期に、これらを確認や話題を避ける根拠は、薄れてきている。

ただ、対象者にとって、侵襲性の強い話題ではあることから、通院初期(開始時)あるいは、信頼関係が出来た通院2~3ヶ月後以降などのいずれで行うにしろ、最初の場面における新たなスタッ

フでのこのような対象行為にも触れやすい話題の取り扱いには、依然、手厚い配慮や環境設定、面接、会議の進行等に工夫が必要であろう。

また、通院(地域)処遇に関わるスタッフが、これらの対象行為を含む侵襲性の強い内容の話を取り上げることに、躊躇が出やすく、「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)について話題を、比較的通院初期に持ち出せないことがある。

### 《ケア会議》

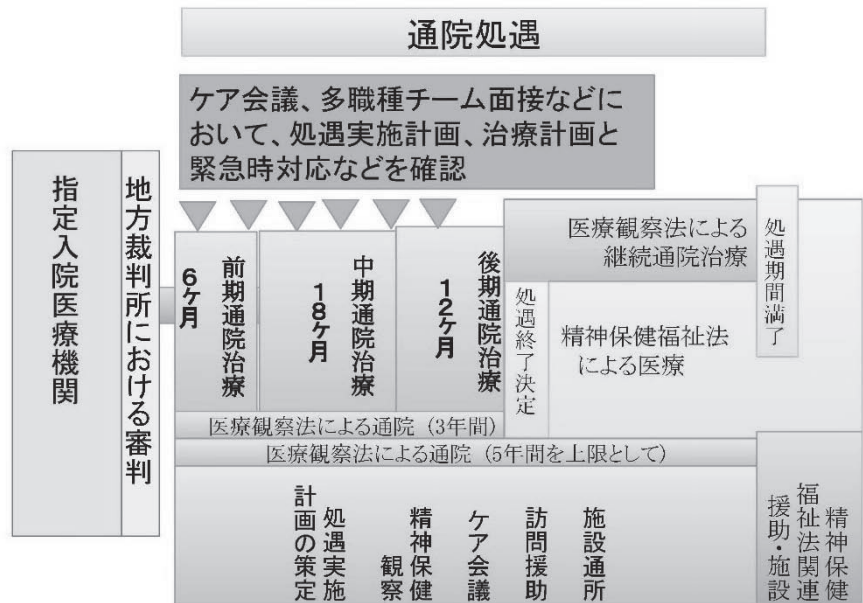
その後のケア会議などでも、侵襲性の強い話題として持ち出さずして、ケア会議などで対象行為も含む「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の確認や評価などが行われなかった場合、結果として「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)が見直されないまま、時間が経過することになってしまう。

そして、一年以上すぎた頃には、実際の状況から大きく逸脱した計画になってしまっていることも多い。また、ケア会議などのなかで、「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の確認や評価が無いことで、対象者(含:通院(地域)処遇)に関わるスタッフが「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の病状悪化のサインや対応等を忘れて、軽視したりしてしまい、病状悪化時に適切な緊急時対応を取ることが出来ないなど弊害が報告されている。

前述した英国の司法精神医療・保健・福祉分野のケアマネジメントである「CPA(Care Programme Approach)」においても、「⑧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)」が、その大原則の1つとなっている。その他、海外において、対象行為も含む「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の確認や評価などは、通院(地域)処遇に関わるスタッフの重要な役割となっており、その対象者への侵襲性には十分配慮しながらも、しっかりと行われている。

我が国においては、司法精神医療の歴史も浅く、司法精神医療・保健・福祉分野のケアマネジメントには、まだまだ馴染みの無い環境でもあるため、通院(地域)処遇に関わるスタッフが、躊躇しやすい部分であることは理解出来る。そして、もちろん、闇雲に、対象行為も含む「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の確認や評価などのみを、定期的なケア会議で行うことは、対象者と通院(地域)処遇に関わるスタッフとの信頼関係を損なう要因となりやすいはずである。

Misawa, Takao, et al. NCNP (National Center of Neurology and Psychiatry)



しかし、一方、このことを曖昧にすることで、かえって、対象者との信頼関係を損なうこともあること。そして、対象行為を含む「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)の確認や評価を行わないことが、対象者の病状悪化や再他害行為のリスクを高めることが多く、結局は、そのために対象者自身が傷つく場合があることも、医療観察制度の通院(地域)処遇に関わるスタッフは、十分に理解しておく必要がある。

### 【参照】 Ⅲ.関連資料

#### 4.「通院導入ハンドブック」Ver2.0 [抜粋版]

※通院導入に必要な対象者な各種説明資料、パンフレットと、そのスタッフ用取扱説明書等

このハンドブックでは、添付資料として「Ⅲ.関連資料」内の「通院導入ハンドブック」Ver2.0 [抜粋版]を掲載し、①通院(地域)処遇初期の①対象者のへの説明のための様式、②「処遇実施計画書」、クライシスプラン(緊急時対応計画)などを確認のチェックリスト、③簡単な対象者への制度説明のための制度等の説明分、対象者や家族向けのパンフレット等により、通院(地域)処遇開始後の具体的なイメージを対象者と通院(地域)処遇に関わるスタッフが共有化出来るようにしている

#### 5.「通院ワークブック」[抜粋版]

※指定通院医療機関で施行を想定した(疾病教育、病気と対象行為の関係の理解、クライシスプランの見直しなどの治療プログラムを掲載

### [4]地域精神保健福祉関係機関の役割

#### ①精神保健福祉センター・保健所・市町村

医療観察法の施行に合わせて「精神保健福祉センター運営要領」が改正され、「地域社会における処遇については、保護観察所長が定める処遇の実実施計画に基づき地域精神保健福祉業務の一環として実施されるものであり、センターにおいても保護観察所等関係機関相互の連携により必要な対応を行うことが求められる」との規定が加えられた。同時に「保健所及び市町村における精神保健福祉業務運営要領」も改正され、保健所および市町村にも同様の規定が加えられた。

#### ②障害福祉サービス事業者など

対象者の地域処遇を円滑に進め、その社会復帰を促進するために、障害福祉サービス事業者などの地域における資源の充実および対象者への理解の促進が求められる。

### 参考文献

法務省 HP [http://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo\\_hogo11.html](http://www.moj.go.jp/hogo1/soumu/hogo_hogo11.html)

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

医療観察法審判ハンドブック 第2版(改訂版) Ver1.1 《厚生労働科学研究》



# 1.「緊急時対応計画[クライシスプラン]

## Total Guidebook」

※指定入院医療機関における[クライシスプラン]の作成方法の一例

含:模擬「処遇実施計画書」、模擬「クライシスプラン」



# 緊急時対応計画

[クライシスプラン]

## **Total Guidebook**

《作成マニュアル/記載例集》

MDT Only

[Multi-Disciplinary Team]

National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP)



# 『緊急時対応計画』（クライシスプラン） 作成マニュアル

【第1ステップ】「クライシスプラン」の理解

【第2ステップ】「病状悪化の注意サイン」の抽出

【第3ステップ】「病状悪化の注意サイン」の分類

【第4ステップ】「対象者の対処法」の作成

【第5ステップ】「クライシスプラン」の統合

2011/12/19

## 『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成方法 Ver1.6

### 1.『緊急時対応計画(クライシスプラン)』とは、

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』は、保護観察所が医療観察法における「精神保健観察(通院処遇)」を開始するとき、作成することとなっている『(地域)処遇実施計画書』の項目の1つである。『(地域)処遇実施計画書』は、医療観察法により保護観察所の長に(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)。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と定められており(第105条)、退院後の地域処遇の基礎となる重要なケア計画であると位置づけられている。

『(地域)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。※『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。】等、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。

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』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。そのため『(地域)処遇実施計画書』の1項目となっていた『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の部分が、拡大発展した表として別表になっており、『(地域)処遇実施計画書』の項目の『緊急時対応計画(クライシスプラン)』部分には、「別紙『緊急時対応計画(クライシスプラン)』のとおり」と記載されているものが多くなっている。

《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）



様式第〇号(法第104条, 令第11条第7号, 規則第20条関係)

個人情報に記載されています。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			男	生 年 月 日	昭和40年〇〇月〇〇日生
氏名	〇〇 〇〇					
住所	〇〇県〇〇市〇〇町〇〇1-2 〇〇荘102			電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	
保護者	〇〇太郎 〇〇県〇〇市〇〇町〇〇4-5-6 (続柄) 父	携帯番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
緊急連絡先	同上	携帯番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
		電話番号	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
通院医療開始日(決定のあった日) 平成〇〇年〇〇月△△日						
<b>(1) 処遇の目標</b>						
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。						
<b>(2) 本人の希望</b>						
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。						
<b>(3) ケア会議等</b>						
開催回数	最初の6か月間は、原則として毎月初旬に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。					
<b>(4) 処遇の内容・方法</b>						
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	備考
	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。	Aチーム
デイケア	○作業療法士		週2	月曜参加(1日)。様子を見て、週2~3回参加を予定。	週1から開始	
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	
		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の相談も考えていく。					
<b>(5) 緊急時の対応</b>							
別紙 クライシスプランのとおり							
<b>(6) その他の留意事項</b>							
(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 〇〇 〇〇

クライシスプラン タイプ①

クライシスプラン(日常生活対応レベルを含む)

日常生活対応レベル				
0				

クライシスプラン【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)の対処
	自分がかかる	関係者が気がつく			
I					
II					
III					

©MCMPT/A.



クライシスプラン(記載例) タイプ①

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)の対処
	自分分かる	関係者が気がつく			
日常生活対応レベル	<ul style="list-style-type: none"> <li>疲労感が強くなる</li> <li>息苦しい</li> <li>不安感が強くなる</li> <li>視線が気になってくる</li> <li>幻聴:意味が聞き取りにくい声が「ザワザワ」という感じで頻繁に聞こえてくる</li> <li>集中力がなくなったり、読書できなくな</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>朝起きられなくなる</li> <li>ぼんやりすることが多くなる</li> <li>デイケアなどの遅刻が続く</li> <li>サンングラスをつけることがある</li> <li>約束の時間に遅れることが多い</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>言葉を聴く</li> <li>散歩を休む</li> <li>活動と休息のバランス確認を行う</li> <li>頓服薬(ワイパックス)を飲む</li> <li>定期的な受診時に主治医に必ず話す</li> <li>関係者に相談する</li> </ul>	家族 Tel ○○病院 外来 Tel 夜間外来 Tel デイケア Tel ○○保護観察所 Tel ○△保健所 Tel ○○地域生活支援センター○○ Tel J○○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 Tel □□警察署	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報を関係者で共有する</li> <li>定期的な訪問で、定期的に相談等に乗り、必要があれば、訪問回数を増やす</li> <li>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</li> </ul>
I	<ul style="list-style-type: none"> <li>不安感が強くなり、視線をひどく気にする</li> <li>日頃している外出が困難になる</li> <li>そわそわして落ち着かない</li> <li>不眠などから、昼夜のリズムが崩れる</li> <li>幻聴:あまり聞えなかった声が良くなったり、女性の声で、考えを耳に聞かせる</li> <li>受診したくなくなる</li> <li>イライラがひどくなり、ものに当たる</li> <li>家族や関係者と話していても落ち着かず、話が続かない</li> <li>幻聴:男性の音が混じり、命令口調で指図する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>日頃している外出が困難になる</li> <li>服薬の時間や回数の乱れる</li> <li>サンングラスをつけることが多くなる</li> <li>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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>頓服薬(ワイパックス)を飲む</li> <li>無理せず家族や関係者に相談して休養する</li> <li>保護観察所・保健所に相談し、受診する</li> <li>指定通院医療機関に受診・相談する</li> </ul>	○○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 Tel □□警察署	<ul style="list-style-type: none"> <li>情報を関係者で共有する</li> <li>必要があれば、緊急で訪問する</li> <li>状況に応じて受診の同行を検討する</li> <li>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</li> </ul>
II	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去の友人関係についての愚痴が多くなる</li> <li>受診できない</li> <li>サンングラスをほとんどつけて生活している</li> <li>会話中も、独笑が続いている</li> <li>セルフモニタリング表の記載が実際と異なっている、あるいは、記入されていない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>過去の友人関係についての愚痴が多くなる</li> <li>受診できない</li> <li>過去の友人や霊界からの死者が復讐に来るなどと言う</li> <li>霊界から関係者に指令が来ているからなどの理由を挙げ、関係者の助言を受け入れられない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所・関係機関・保護観察所に相談する</li> <li>速やかに指定通院医療機関に連絡し、受診する</li> <li>早めに任意入院して休養する</li> <li>関係者と相談し、入院を検討する</li> </ul>	J○○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 Tel □□警察署	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診に同行する等して必要な医療の確保に努める</li> <li>通院回数や訪問看護の回数、処方内容を調整する</li> <li>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</li> <li>早めの任意入院をすすめる</li> <li>医療保護入院を検討する</li> </ul>
III	<ul style="list-style-type: none"> <li>自宅にとじこもる(強い妄想がある)</li> <li>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)</li> <li>幻聴:亡くなった父親の声などで、「死んでしまえ」と大音量で命令する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>自宅から出られない</li> <li>受診できない</li> <li>過去の友人や霊界からの死者が復讐に来るなどと言う</li> <li>霊界から関係者に指令が来ているからなどの理由を挙げ、関係者の助言を受け入れられない</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>保健所・関係機関・保護観察所に相談する</li> <li>速やかに指定通院医療機関に受診・相談する</li> <li>保護観察所や関係者に援助求め、指示に従う</li> <li>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</li> </ul>	J○○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 Tel □□警察署	<ul style="list-style-type: none"> <li>受診に同行する等して必要な医療の確保に努める</li> <li>通院回数や訪問看護の回数、処方内容を調整する</li> <li>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</li> <li>早めの任意入院をすすめる</li> <li>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</li> </ul>

©JCAHP/7.1

### 『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第1ステップ】

#### ■ 対象者とMDT で時間をかけて、「クライシスプラン」について理解する。

対象者とMDT で【No.1「クライシスプラン(模擬)」対象者説明用】を見ながら、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の全体の構成を確認していく。

### 『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の構成

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』は、ほとんどの場合、レベル分けされた表形式となっていることが多い。通常、横軸は、①「病状悪化の注意サイン」、②「本人(家族等)の対処方法」、③「相談・連絡先」、④「援助者(支援者)の対処」などの項目となっている。縦軸は、【病状悪化の注意サイン】の程度で、通常3～4段階に区分されている。

『緊急時対応計画(クライシスプラン)』は、あくまで緊急時(クライシス)の対応のための計画である。本人、家族のみの対処法や通常の関係機関における支援や援助だけでたりうるレベルの「病状悪化の注意サイン」は、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』には、できるだけ組み入れず、日常レベルの「病状悪化の注意サイン」に対する対処法として、別表などで対応することが望ましい。また、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』が、5段階以上になると運用が複雑になるため、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』としての役割が果たしにくくなるなどの弊害が、地域の援助者などより、指摘されている。そのため【病状悪化の注意サイン】による区分は、緊急時での対応に特化し、通常3～4段階程度に納めることが望ましい。また、3～4段階程度に納めることは、【病状悪化の注意サイン】とそのレベル分けを対象者にも理解させやすいというメリットもある。

【病状悪化の注意サイン】については、基本的には、レベルの区分が、3段階の場合、【レベルⅠ】→緊急な「相談」「受診」必要なレベル、【レベルⅡ】→「任意入院」が必要なレベル、【レベルⅢ】→「医療保護入院」以上の強制入院が必要なレベルと、それぞれ【病状悪化の注意サイン】と【緊急時の医療における対処法】とを、関連させて区分のレベル分けを行っている。

レベルの区分が、4段階の場合、【レベルⅠ】→「相談」「受診」必要なレベル、【レベルⅡ】→「任意入院」が必要なレベル、【レベルⅢ】→「医療保護入院」、【レベルⅣ】→「措置入院」「医療観察法による再入院の申立」が必要なレベルと、強制入院レベルを【レベルⅢ】と【レベルⅣ】の2つに分けて作表することが多い。場合によっては、【レベルⅣ】を、また2つに分けて、【レベルⅣ】→「措置入院」、【レベルⅤ】→「医療観察法による再入院の申立」として、5段階のレベル区分で作表しているものもある。しかし、強制入院レベルに区分があると、対象者への対応や判断が難しくなり、緊急時に対応しにくく、手続き等も煩雑となる。また、強制入院後の処遇についても、対象者の病状や状況による弾力的な運用自体が難しくなることから、レベルの区分が3～4段階程度の『緊急時対応計画(クライシスプラン)』が、地域では利用しやすいようである。

## クライシスプランにおける〔対象者の病状、状況等について〕区分

「レベル0」とは、「通常の受診、本人・関係者の対処法」などで対応可能なレベル

緊急での外来受診、往診、訪問援助(看護)などで対応する必要はなく、通常の日常レベルでの外来受診や訪問援助(看護)などでの対応、対象者本人の各種対処法(次回受診時、関係者の面接で相談する、音楽を聴く、大声を出す、お風呂に入るなどの対応、頓用薬など)で落ち着くことが出来る病状。※緊急時の対応であるクライシスプランの「病状悪化の注意サイン」とは、一線を画して取り扱う。

「レベルⅠ」とは、「緊急な受診」などが必要なレベル

精神症状の激しい出現ではないが、気持ちが不安定になったり、寝つきが悪くなったりして、心の調子を崩しそうになっている状態。毎日出来ていたことが出来なくなり始め、ストレスが溜まり始め、強い不安が感じられている状況。

◆支援者・援助者に相談することや頓用薬の服用などで改善できる場合もあるが、入院しないまでも、基本的には、応急の診察や投薬、面接など、緊急外来、往診、訪問援助(看護)などを必要とする程度の病状。

「レベルⅡ」とは、「休息的な入院」が必要なレベル

持続的な脱抑制が見られる状態。気分の高揚、反対に落ち込みが激しい状態。気分の落ちつかない状態が持続している状態。頓用薬を使用して一時的に緩和できるが、再燃する状態。他者とコミュニケーションが成立しにくく、状況によっては、拒否的となる状況。

◆任意入院、一時的な医療保護入院の検討が必要な場合がある。

「レベルⅢ」以上は、「緊急的な入院」が必要なレベル

妄想や幻聴などの精神症状が出現し、頓用薬や休養では改善しない状態。行動が精神症状に支配されている状況。

◆緊急受診及び緊急入院が検討される。



## 『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第2ステップ】

## ■ 対象者とMDTで「病状悪化の注意サイン」を抽出していく。

①MDTで【No.2「クライシスプラン」《MDT用》様式[1]【抽出】】を事前に読んでおく。また、MDT会議を開き、「入院中の病状の変化」、「鑑定書」等の情報など共有化、「病状悪化の注意サイン」について、MDTの意見をまとめておく。

②対象者とMDTで【No.2「クライシスプラン」《本人用》様式[1]【抽出】】を見ながら、抽出していく。特に、「病状悪化の注意サイン」抽出は、時間をかけながら、対象者本人の病識も強化していくことが必要なので、2回、3回と面接しながら、1～2ヶ月ほどかけて、「病状悪化の注意サイン」を【No.2「クライシスプラン」《本人用》様式[1]【抽出】】の用紙にうめていく。

## 「病状悪化の注意サイン」の作成方法

「病状悪化の注意サイン」の作成方法については、治療プログラム(疾病教育、内省プログラム等)やCPA会議で取り上げられた内容を、対象者とともに時間をかけて振り返りながら、対象者の自覚する「病状悪化の注意サイン」をあげていく。その後、①入院中の病状の変化、②MDTの意見、③鑑定書等の情報などを対象者と共有しながらクライシスプラン用の「病状悪化の注意サイン」を絞り込んでいく。

以下のような情報を基に、対象者とMDTで「病状悪化の注意サイン」を抽出していく

## ①対象者・家族、関係機関からの聞き取り

- ・対象者と「病状悪化の注意サイン」について、話し合いを中心として
- ・過去の対象者との個別面接での話
- ・CPA会議などでの家族、関係機関などの話

## ②鑑定書等の情報

- ・「病状」の他にも、治療歴、生活歴など情報を参考にする
- ・対象行為時の病状などを考慮する

## ③入院中の病状の変化

- ・入院中の病状悪化、再燃の様子を対象者と共有する
- ・対象者がストレスにより不安定になったことなどについて共有する

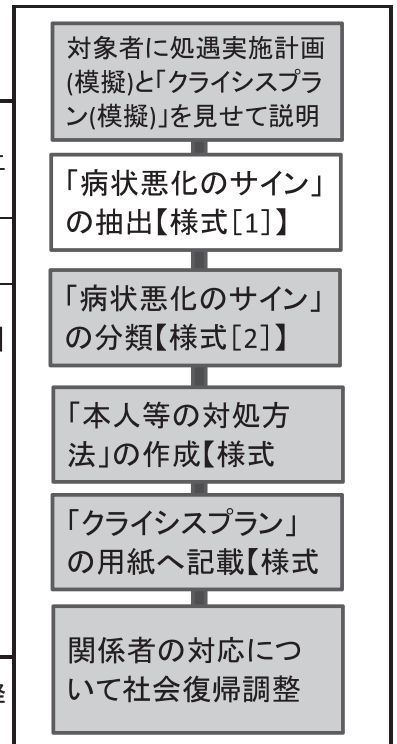
## ④MDTの意見

- ・MDT各職種からの各種の面接や接触時の意見
- ・「内省」でのサイクル図や「SST」などでの各担当者からの意見
- ・CPA会議における対象者や地域関係者からの意見や退院地域の状況

そして、それを対象者とともに、3～4段階(Ⅰ→「相談」「受診」必要なレベル、Ⅱ→「任意入院」が必要なレベル、Ⅲ→「医療保護入院」以上の強制入院が必要なレベル)に区分する。

「病状悪化の注意サイン」の抽出  
【クライシスプラン】の作成 様式【1】

本人が思う 注意サイン	自分が思う「病状悪化の注意サイン」を思いつくままに、書いてみてください。退院して地域で生活していることを想定し、出来るだけ具体的に書いてください。 【ステップ、内省プログラム、ラップ、社会復帰講座などの治療プログラム、MDT会議やCPA会議で話し合ったことなどを参考にしてください】【10～15個程度】	
	<p>自覚的 症状 (自分から見た)</p> <p>■寝られない、落ち着かない、まとまらない ■疲労感が強くなる ■陰口を言われている ような気がする ■焦燥感、困惑感が募る ■感情が不安定になる(泣く、怒る) ■胸が刺 されるような感覚を持つ</p>	<p>他覚的 症状 (他人から見たら)</p> <p>■疲労感やソワソワ感を訴える ■調子の悪さを自分から訴え始める ■スタッフの提案に乗れなくなる ■一人であることが多くなる。</p>
MDTが思う 注意サイン	病棟内での症状や生活状況、治療プログラムの参加状況などを参考にMDTが思う「病状悪化の注意サイン」を退院して地域で生活していることも想定し、また、病状悪化のレベル(軽度、中度、重度)の各段階も考慮して出来るだけ具体的に書いてみてください。 【20個程度】	
	<p>《記入例》</p>	
鑑定書・生活環境 調査等の資料	MDTで、「病状悪化の注意サイン」と思うものを各資料から抜き出してみてください	



以下のような情報を基に、対象者とMDTで「病状悪化の注意サイン」を抽出していく

- ①対象者・家族からの聞き取り
- ・対象者と「病状悪化の注意サイン」について、話し合いを中心として
- ・過去の対象者との個別面接での話
- ・CPA会議などでの家族の話
- ②鑑定書等の情報
- ・「病状」の他にも、治療歴、生活歴など情報を参考にする
- ・対象行為時の病状などを考慮する
- ③入院中の病状の変化
- ・入院中の病状悪化、再燃の様子を対象者と共有する
- ・対象者がストレスにより不安定になったことなどについて共有する
- ④ MDTの意見
- ・MDT各職種からの各種の面接や接触時の意見
- ・「内省」でのサイクル図や「SST」などでの各担当者からの意見
- ・CPA会議における対象者や地域関係者からの意見や退院地域の状況

## 『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第3ステップ】

## ■ 対象者とMDTで「病状悪化の注意サイン」を分類していく。

①MDTで【No.3「クライシスプラン」《MDT用》様式[2]【分類】】を事前に読んでおく。

【病状悪化の注意サイン】については、基本的には、レベルの区分が、3段階の場合、

【レベルⅠ】→緊急な「相談」「受診」必要なレベル

【レベルⅡ】→「任意入院」が必要なレベル

【レベルⅢ】→「医療保護入院」以上の強制入院が必要なレベル。

【病状悪化の注意サイン】の分類方法として

[1]症状を羅列して記載する。

[2]レベル【Ⅰ】、【Ⅱ】、【Ⅲ】で同じ症状について、その程度を記載する。

[3]セルフモニタリングの結果を取り入れる。

②上記を対象者と共有する。

③対象者とMDTで作成した【No.2「クライシスプラン」《本人用》様式[1]【抽出】】を見ながら、【No.3「クライシスプラン」《対象者用》様式[2]【分類】】の用紙に【病状悪化の注意サイン】をレベル別に分類していく。

## 「病状悪化の注意サイン」の分類方法

抽出した「病状悪化の注意サイン」を3つ程度のレベルに分類していく。分類の方法については、以下の代表的な3種類の方法がある。3種類の方法を対象者の特性に配慮して、どれかの方法を選択する。或いは、3種類の方法を複合的に取り入れて分類していく。それぞれの違うレベルに、全く同じ「病状悪化の注意サイン」を記載しないようにする。また、各レベルとも、必ず3～5つ程度、最高でも7つ以下に絞り込むようにするなどして、緊急時に対応しやすく、地域で利用しやすい『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成を目指す。いずれも、対象者とMDTで話し合いながら、対象者の納得の得られる『緊急時対応計画(クライシスプラン)』を作成していく。

## 「病状悪化の注意サイン」3種類の記載方法

[1]症状を羅列して記載する。

[2]レベル【Ⅰ】、【Ⅱ】、【Ⅲ】で同じ症状について、その程度を記載しているもの、例えば、「幻聴」について、以下のようにレベルによりかき分けるもの。

【レベルⅠ】幻聴 女性の声:楽しい、面白い、笑わせるような本人にとって良い内容が多く。⇒客観的には、空笑、独語が目立つ、【レベルⅡ】幻聴 得体の知れない声(又は、知人の声):嫌がらせ(脅迫)のような内容を話す、【レベルⅢ】幻聴 得体の知れない声(又は、知人、亡くなった母の声):死んでしまえなどと脅迫的な声が聞こえる

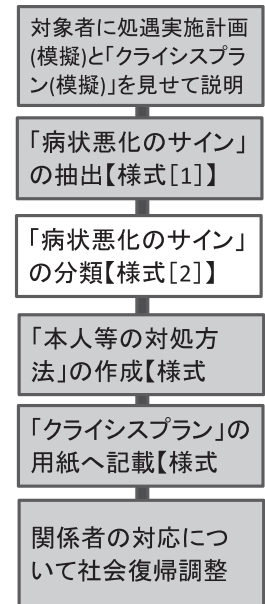
[3]セルフモニタリングの結果を取り入れ、セルフモニタリングと連動させる。例えば、「不眠」がセルフモニタリングで、何日続いたら「レベルⅡ」、あるいは、セルフモニタリングの項目が、いくつ以上「×」や「C」が続いたら、「レベルⅡ」などと記載するもの。※対象者によっては、セルフモニタリングの記載が恣意的になるなど、セルフモニタリングの日々の記載に影響を与えてしまうため、注意が必要である。



「病状悪化の注意サイン」のレベル分類(レベル分け)  
【クライシスプラン】の作成 様式【2】

「病状悪化の注意サイン」の分類方法

		【説明用/MDT用】	
		自覚的症状 (自分から見た)	他覚的症状 (他人から見たら)
「日常生活対応」 「レベル0」	「レベル0」とは、 緊急での外来、往診、訪問援助(看護)などで対応する必要はなく、通常の日常レベルでの各種対処法(音楽を聴く、大声を出す、お風呂に入る、頓用薬のみの対応など)で落ち着くことが出来るものなど※クライシスプランの「病状悪化の注意サイン」には含めない		
	■疲労感が強くなる ■息苦しい・不安感が強くなる ■幻聴:意味が聞き取りにくい 声「ザワザワ」という感じで頻繁に聞こえてくる ■集中力がなくなり、読書できなくなる ■朝起きられなくなる ■ぼんやりすることが多くなる ■デイケアなどの遅刻が続く ■サングラスをつけることが多くなる《記入例》		
	①「注意サインの抽出 様式【1】」で抽出した注意サインを全てレベルごとに分類する。 ②分類した注意サインをそれぞれのレベルで3~5つ程度に絞り込み、赤ペンで丸をつける		
「緊急時対応」 「レベルI」	「レベルI」とは、 精神症状の激しい出現ではないが、気持ちが不安定になったり、寝つきが悪くなったりして、心の調子を崩そうになっている状態。毎日出来ていたことが出来なくなり始め、ストレスが溜まり始め、強い不安が感じられている状況。 ◆支援者・援助者に相談すること、頓用薬の服用などで改善できる場合もあるが、入院しないまでも、基本的には、応急の診察や投薬、面接など、緊急外来、往診、訪問援助(看護)などを必要とする程度の病状。	<p>抽出した「病状悪化の注意サイン」を3つ程度のレベルに分類していく。分類の方法については、以下の代表的な3種類の方法がある。3種類の方法を対象者の特性に配慮して、どれかの方法を選択する。或いは、3種類の方法を複合的に取り入れて分類していく。それぞれの違うレベルに全く同じ「病状悪化の注意サイン」を記載しないようにする。また、各レベルとも、必ず3~5つ程度、最高でも7つ以下に絞り込むようにするなどして、緊急時に対応しやすく、地域で利用しやすい「緊急時対応計画(クライシスプラン)」の作成を目指す。いずれも、対象者とMDTで話し合いながら、対象者の納得の得られる「緊急時対応計画(クライシスプラン)」を作成していく。</p> <p>◆「緊急時対応計画(クライシスプラン)」は、あくまで緊急時(クライシス)の対応のための計画である。本人、家族のみの対処法や通常の関係機関における支援や援助だけでたりうるレベルの「病状悪化の注意サイン」は、「緊急時対応計画(クライシスプラン)」には、できるだけ組み入れず、日常レベルの「病状悪化の注意サイン」に対する対処法として、別表などで対応することが望ましい。</p>	
	■思考のせばかり一つの考えにはまり込む ■不安感が強くなり、視線が気になる ■あることが頭から離れなくなり執着してしまう ■妄想の確信度が60%くらいになる ■日頃している外出が困難になる ■常にイライラする ■対人接触が低下し、自室に引きこもりがちになる ■生活リズムが崩れ、1日の内半日ほど寝ている ■それぞれして落ち着かない ■不眠などから、昼夜のリズムが崩れる ■幻聴:あまり聞こえなかつた声は良く聞こえる、女性の声で、考えを乱すようなことを言う		
「任意入院レベル」 「レベルII」	「レベルII」とは、 持続的な脱抑制が見られる状態。気分の高揚、反対に落ち込みが激しい状態。気分の落ちつかない状態が持続している状態。頓用薬を使用して一時的に緩和できるが、再燃する状態。他者とコミュニケーションが成立しにくく、状況によっては、拒否的となる状況。 ◆任意入院、一時的な医療保護入院の検討が必要な場合がある	<p>対象者に処遇実施計画(模擬)と「クライシスプラン(模擬)」を見せて説明</p> <p>「病状悪化のサイン」の抽出【様式【1】】</p> <p>「病状悪化のサイン」の分類【様式【2】】</p> <p>「本人等の対処方法」の作成【様式】</p> <p>「クライシスプラン」の用紙へ記載【様式】</p> <p>関係者の対応について社会復帰調整</p>	
	分類の方法については、以下の3つの方法がある。 ①症状を羅列して記載 ②レベル【I】、【II】、【III】で同じ症状について、その程度を記載しているもの、例えば、「幻聴」について、以下のようにレベルによりかき分けるもの。 【レベルI】幻聴 女性の声:楽しい、面白い、笑わせるような本人にとって良い内容が多く。⇒客観的には、空笑、独語が目立つ、【レベルII】幻聴 得体の知れない声(又は、知人の声):嫌がらせ(脅迫)のような内容を話す、【レベルIII】幻聴 得体の知れない声(又は、知人、亡くなった母の声):死んでしまえなどと脅迫的な声が聞こえる ③セルフモニタリングの結果を取り入れ、セルフモニタリングと連動させる。例えば、「不眠」がセルフモニタリングで、何日続いたら「レベルII」、あるいは、セルフモニタリングの項目が、いくつ以上「×」や「C」が続いたら、「レベルII」などと記載するもの。※対象者により、セルフモニタリングに影響を与えてしまうため、注意が必要		
「緊急入院レベル」 「レベルIII」	「レベルIII」とは、 妄想や幻聴などの精神症状が出現し、頓用薬や休養では改善しない状態。行動が精神症状に支配されている状況。 ◆緊急受診及び緊急入院が検討される。		
	※【5つ以内程度に絞り込む】		



## 『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第4ステップ】

■ 対象者と MDT で「病状悪化の注意サイン」の各レベルに対応した「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の作成していく。

①MDT で【No.4「クライシスプラン」《MDT 用》様式[3]【本人等対処法】】を事前に読んでおく。対象者や家族の対処法については、

◆「病状悪化の注意サイン」との対応。

[1]「病状悪化の注意サイン」と一対一で対応させる方法、

[2]「病状悪化の注意サイン」のどれかが出た場合、予め決めていた対処法を行う方法

◆対処法の記載

[1]順序を決めて記載する方法、[2]いくつかの対処方法を記載し、対象者や家族がその状況に応じて選択する方法、[3]そのレベルの全ての「症状悪化の注意サイン」について、対処法を1つのみ記載する方法がある。

②上記を対象者と共有する。

③対象者と MDT で作成した【No.3「クライシスプラン」《対象者用》様式[2]【分類】】を見ながら、【No.4「クライシスプラン」《MDT 用》様式[3]【本人等対処法】】の用紙に【本人等対処法】をレベル別に分類していく。

## 「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の作成方法

「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の部分は、「病状悪化の注意サイン」に対応したものとして、対象者自身の意向を聞きながら、できるだけ具体的で実現可能な内容のものを作成していく。対象者や家族の対処法については、①「病状悪化の注意サイン」と一対一で対応させる方法、②「病状悪化の注意サイン」のどれかが出た場合、大きく2つの「病状悪化の注意サイン」との対応方法がある。

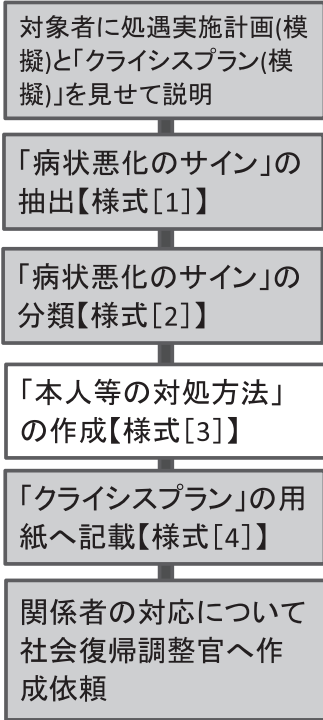
また、対象者や家族の対処法については、①行っていく対処法の順序を決めて記載する方法、②いくつかの対処方法を記載し、対象者や家族がその状況に応じて選択する方法、③そのレベルの全ての「症状悪化の注意サイン」について、対処法を1つのみ記載する方法などがある。いずれについても、対象者や家族が行うことの出来るシンプルな内容の対処法を対象者とともに考える。基本的な対応方法として、「頓用薬を使用する」、「関係者(支援者、援助者)に相談する」などの方法を必ず考慮する。また、【レベルⅠ】については、緊急な「相談」「受診」が必要なレベル、【レベルⅡ】については、「任意入院」が必要なレベル、【レベルⅢ】については、「医療保護入院」以上の強制入院が必要なレベルで、「病状悪化のサイン」を分類している。そして、これらと連携した対応を確保するため、【レベルⅠ】については、「臨時で病院に受診する」、【レベルⅡ】については、「病院に、自分の意志で入院する」「施設等のスタッフ・病院の主治医やスタッフと相談して入院する」、【レベルⅢ】については、「主治医の指示に従い入院する」などの記載を、「対象者本人(含:同居家族)の対処法」に入れておくことが、必要である。

「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の作成様式  
【クライシスプラン】の作成 様式【3】

<p>「日常生活対応レベル」</p>	<p>対処法はできるだけ具体的に【説明用/MDT用】</p> <p>レベル0とは、 緊急での外来、往診、訪問援助(看護)などで対応する必要はなく、通常の日常レベルでの各種対処法(音楽を聴く、大声を出す、お風呂に入る、頓用薬のみの対応など)で落ち着くことが出来るものや通常の受診時に相談することなどで、対応可能なもの</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・音楽を聴く</li> <li>・散歩をする</li> <li>・活動と休息のバランス確認を行う</li> <li>・頓服薬(ワイパックス)を飲む</li> <li>・定期的な受診時に主治医に必ず話す</li> <li>・関係者に相談する</li> </ul>
<p>「応急レベル相談・診察レベル」</p>	<p>「病状悪化の注意サイン」の「レベルⅠ」に対応した「対象者本人(含:同居家族)の対処法」を作成</p> <p>◆支援者・援助者に相談すること、頓用薬の服用などで改善できる場合もあるが、入院しないまでも、基本的には、応急の診察や投薬、面接など、緊急外来、往診、訪問援助(看護)などを必要とする程度の病状。</p> <p>【レベルⅠ】については、「臨時で病院に受診する」など ※【2～5つ程度に対処法を絞り込む】</p> <p>【例】・無理せず家族や関係者に相談して休養する ・指定通院医療機関にすぐに受診・相談する ・保護観察所・保健所にすぐに相談し、受診する</p>
<p>「任意レベル入院Ⅱレベル」</p>	<p>「レベルⅡ」とは、 持続的な脱抑制が見られる状態。気分の高揚、反対に落ち込みが激しい状態。気分の落ちつかない状態が持続している状態。頓用薬を使用して一時的に緩和できるが、再燃する状態。他者とコミュニケーションが成立しにくく、状況によっては、拒否的となる状況。 ◆任意入院、一時的な医療保護入院の検討が必要な場合がある</p> <p>【レベルⅡ】については、「病院に、自分の意志で入院する」「施設等のスタッフ・病院の主治医やスタッフと相談して入院する」など ※【2～5つ程度に対処法を絞り込む】</p> <p>【例】・保健所・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</p>
<p>「緊急レベル入院Ⅲレベル」</p>	<p>「レベルⅢ」とは、 妄想や幻聴などの精神症状が出現し、頓用薬や休養では改善しない状態。行動が精神症状に支配されている状態。 ◆緊急受診及び緊急入院が検討される。</p> <p>【レベルⅢ】については、「主治医の指示に従い入院する」など ※【1～3つ程度に対処法を絞り込む】</p> <p>【例】・保健所・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 ・保護観察所や関係者に援助求め、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</p>

「対象者本人(含:同居家族)の対処法」の部分は、「病状悪化の注意サイン」に対応したものとして、対象者自身の意向を聞きながら、できるだけ具体的で実現可能な内容のものを作成していく。対象者や家族の対処法については、  
①「病状悪化の注意サイン」と一対一で対応させる方法、  
②「病状悪化の注意サイン」のどれかが出た場合、予め決めていた対処法を行う方法の大きく2つの記載方法がある。

また、対象者や家族の対処法については、  
①行っていく対処法の順序を決めて記載する方法、  
②いくつかの対処方法を記載し、対象者や家族がその状況に応じて選択する方法、  
③そのレベルの全ての「症状悪化の注意サイン」について、対処法を1つのみ記載する方法がある。





### 『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の準備 【第5ステップ】

■ 対象者と MDT で、No.5「クライシスプラン」《本人用》【完成版 病院作成部分】 様式 [4] に今までに作成した様式 [2] と様式 [3] の結果を取りまとめて記載していく。

- ① MDT で No.5「クライシスプラン」《MDT 用》【完成版 病院作成部分】 様式 [4] を事前に読んでおく。
- ② 対象者と MDT で今までに作成した様式 [2] と様式 [3] を確認しながら No.5「クライシスプラン」《本人用》【完成版 病院作成部分】 様式 [4] に記載していく。
- ③ 次回、CPA 会議で、関係者に内容を紹介する。
- ④ 「連絡先」、「関係者の対応」については、これまでの CPA 会議での関係者の援助についての内容を参考に社会復帰調整官が作成するため、No.5「クライシスプラン」《本人用》【完成版 病院作成部分】 様式 [4] を保護観察所へ送る。

### 『緊急時対応計画(クライシスプラン)』作成の役割分担

『(地域)処遇実施計画書』は、上記のように医療観察法により保護観察所の長に作成が義務づけられている(第 104 条)ため、通常、保護観察所の社会復帰調整官が、通院時の(地域)処遇計画全体の内容を取り纏めて作成し、保護観察所長名をもって配布される。一方、対象者が指定入院医療機関の医療観察法病棟に入院している場合、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』部分については、医療観察法病棟の担当多職種チームが関わる方が、円滑にその作成を行えることが多い。そのため、入院中の対象者の『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成については、保護観察所の『(地域)処遇実施計画書』に医療観察法病棟の担当多職種チームが、その作成に関与することが多くなっている。

特に、「病状悪化の注意サイン」と「(対象者本人,含:同居家族)の対処法」は、対象者の病状や病識、状況等を詳しく把握し、時間をかけて、対象者と一緒に作成することが必要なため、保護観察所の社会復帰調整官と連携しながらも、基本的には、指定入院医療機関が原案を作成することが望ましい。

指定入院医療機関で「病状悪化の注意サイン」と「(対象者本人,含:同居家族)の対処法」をレベル分けして記載した『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』を、保護観察所へ送付する。保護観察所では、これを受けて、これまでの CPA 会議における各関係機関の意向、援助方法等を取り纏め、社会復帰調整官の対応方法なども加えて、『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』における「連絡先」、「関係者の対応」の部分に記載していく。そして、退院時の『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』として、次回の CPA 会議で、社会復帰調整官が紹介し、関係機関等の意見を聞き、了承を得ていく。関係機関の合意が得られた『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』は、地方裁判所において、指定入院医療機関からの申立書や保護観察所の意見書などとともに、処遇実施計画書の一部として、退院許可申立審判の重要な資料となっていく。

クライシスプラン タイプ①

クライシスプラン(日常生活対応レベルを含む)

日常生活対応レベル	0		クライシスプラン【緊急時対応計画】		相談・連絡先	関係者(援助者・支援者)の対処
	病状悪化のサイン	関係者が気がつく	対処方法(本人・家族等)	緊急時対応計画(クライシスプラン)作成の役割分担		
	<p>「(地域)処遇実施計画書」は、医療観察法により保護観察所の長に作成が義務づけられている(第104条)ため、通常、保護観察所の社会復帰調整官が、通院時の(地域)処遇計画全体の内容を取り纏めて作成し、保護観察所長名をもって配布される。一方、対象者が指定入院医療機関の医療観察法病棟に入院している場合、『緊急時対応計画(クライシスプラン)』部分については、医療観察法病棟の担当多職種チームが関わる方が、円滑にその作成を行えることが多い。そのため、入院中の対象者の『緊急時対応計画(クライシスプラン)』の作成については、保護観察所の『(地域)処遇実施計画書』に医療観察法病棟の担当多職種チームが、その作成に関与することが多くなっている。</p> <p>特に、「病状悪化の注意サイン」と「対象者本人、含:同居家族)の対処法」は、対象者の病状や病識、状況等を詳しく把握し、時間をかけて、対象者と一緒に作成することが必要なため、保護観察所の社会復帰調整官と連携しながらも、基本的には、指定入院医療機関が原案を作成することが望ましい。</p>	<p>対象者に処遇実施計画(模倣)と「クライシスプラン(模倣)」を見せて説明</p> <p>「病状悪化のサイン」の抽出【様式[1]】</p> <p>「病状悪化のサイン」の分類【様式[2]】</p> <p>「本人等の対処方法」の作成【様式[3]】</p> <p>「クライシスプラン」の用紙へ記載【様式[4]】</p> <p>「相談・連絡先」及び「関係者の対応」について社会復帰調整官へ作成依頼</p>	<p>「緊急時対応計画(クライシスプラン)作成の役割分担</p> <p>指定入院医療機関で「病状悪化の注意サイン」と「(対象者本人、含:同居家族)の対処法」をレベル分けして記載した『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』を、保護観察所へ送付する。保護観察所では、これを受けて、これまでのCPA会議における各関係機関の意向、援助方法等を取り纏め、社会復帰調整官の対応方法なども加えて、『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』における「連絡先」、「関係者の対応」の部分を記載していく。そして、退院時の『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』として、次回のCPA会議で、社会復帰調整官が紹介し、関係機関等の意見を聞き、了承を得ていく。関係機関の合意が得られた『緊急時対応計画(クライシスプラン)案』は、地方裁判所において、指定入院医療機関からの申立書や保護観察所の意見書などとともに、処遇実施計画書の一部として、退院許可申立審判の重要な資料となっていく。</p>			
	<p>レベル I</p> <p>「相談・受診」が必要</p>					
	<p>レベル II</p> <p>「任意入院」が必要な</p>					
	<p>レベル III</p> <p>「医療保護入院」以上が必要なレベル</p>					

## 2.対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票Ver4.0

※指定入院医療機関の退院調整会議[CPA会議]に指定通院医療機関、関係機関職員が参加した場合の対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識の程度をチェックするアセスメントシート





対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票	
地域関係機関&指定通院医療機関の職員から →対象者と指定入院医療機関(多職種チーム)へ	
項目	評価① 評価② 備考
MDT(対象者)への質問	
<input type="checkbox"/> 退院後の生活全般のイメージについて聞いてみる	
<input type="checkbox"/> 病棟で、行われた治療、リハビリテーション、社会復帰援助方法等について聞く	
<input type="checkbox"/> 服薬自己管理とその方法	
<input type="checkbox"/> 金銭自己管理とその方法	
<input type="checkbox"/> 病棟で使用している「スタッフのモニタリングシート」があれば、見せてもらう	病状や生活、服薬、金銭など
<input type="checkbox"/> 病棟で使用している「対象者のセルフモニタリングシート」があれば、見せてもらう	病状や生活、服薬、金銭など
<input type="checkbox"/> 「対象者のセルフモニタリングシート」について、「通院処遇」で利用可能なものか(項目数、項目内容、記載時間等)、変更が必要か	通院処遇で利用出来るよう簡便な方法で、必要な項目が記載できるようになっているか
<input type="checkbox"/> 変更された通院処遇用「セルフモニタリングシート」などを確認し、助言をおこなう	病状悪化時の介入ポイントが明確か?「クライシスプラン」:と連動しているか
<input type="checkbox"/> 通院処遇用「セルフモニタリングシート」を入院処遇中に、対象者にある程度利用してもらい、利用出来ることを確認してもらう	上記に配慮され作成されていること。対象者が、一日15分程度で、記載できるようになれば、理想
<input type="checkbox"/> 対象行為に至る地域生活の問題点と地域ケア計画への直面化	問題点とは何か
<input type="checkbox"/> 対象者が対象行為自体に対する内省や整理が出来ているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上
<input type="checkbox"/> 対象者が対象行為に至る対象者の過去の地域生活での問題点を認識しているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上
<input type="checkbox"/> MDTが対象行為に至る対象者の過去の地域生活での問題点を認識しているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上
<input type="checkbox"/> 対象者が対象行為に至る対象者の過去の地域生活での問題点について、どのように改善しようとしているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上
<input type="checkbox"/> 対象者が対象行為に至る対象者の過去の地域生活での問題点について、その改善策に納得しているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上

No.2 対象者の地域ケア計画(処遇実施計画)と対象行為に伴う生活状況の改善・変化への理解と認識に関するアセスメント票	
「社会復帰期」後期 ※退院申立についての話し合いが行われる頃	
具体的には	
<input type="checkbox"/> 処遇実施計画(案)が、完成しているか	
<input type="checkbox"/> 対象者が処遇実施計画全体について、具体的な生活を細部までイメージできているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上 (対象者の言葉で、説明することが出来る) (週間予定と月間予定)
<input type="checkbox"/> 対象者が処遇実施計画全体について、具体的な生活を細部まで同意できているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上 (対象者の言葉で、説明することが出来る) (週間予定と月間予定)
<input type="checkbox"/> 退院後の医療継続性を妨げる問題点が具体的に認識されているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上 対象者の妄想、治療・服薬のコンプライアンス、不規則な生活習慣、アルコール・薬物
<input type="checkbox"/> 退院後の医療継続性を妨げる問題点への対応策が具体的に決められているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上 対象者の妄想、治療・服薬のコンプライアンス、不規則な生活習慣、アルコール・薬物
<input type="checkbox"/> 「疾病性」の程度と「社会復帰要因」の内容に整合性とバランスがとれているか?	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上 疾病の重さ、障害・生活スキルと支援体制、援助内容等とのバランス
<input type="checkbox"/> 病状と退院予定地の地域生活における問題点について、援助の体制をとれているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上 問題点の援助、クライシスプランとの整合性
<input type="checkbox"/> 処遇実施計画(案)について、関係者全員の合意が得られているか	<input type="checkbox"/> MDT、 <input type="checkbox"/> 対象者、 <input type="checkbox"/> 社会復帰調整官、 <input type="checkbox"/> 地域関係機関、 <input type="checkbox"/> 家族、 <input type="checkbox"/> ( ) 必ず確認
<input type="checkbox"/> クライシスプランが、完成しているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上
<input type="checkbox"/> 段階別のクライシスプランとなっているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上 段階別のクライシスプランとなっていない場合は、理由を聞く
<input type="checkbox"/> 病状悪化時のアセスメント体制が整えられているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上
<input type="checkbox"/> 病状悪化時のマネジメント体制が整えられているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上
<input type="checkbox"/> クライシスプランについて、対象者の合意が得られているか	<input type="checkbox"/> 20%以下, <input type="checkbox"/> 20~40%, <input type="checkbox"/> 50~70%, <input type="checkbox"/> 80%以上
<input type="checkbox"/> クライシスプランについて、関係者全員の合意が得られているか	<input type="checkbox"/> MDT、 <input type="checkbox"/> 対象者、 <input type="checkbox"/> 社会復帰調整官、 <input type="checkbox"/> 地域関係機関、 <input type="checkbox"/> 家族、 <input type="checkbox"/> ( ) 必ず確認

### 3.「医療観察法審判ハンドブック

(第2版改訂版Ver.1.1)」[抜粋版]

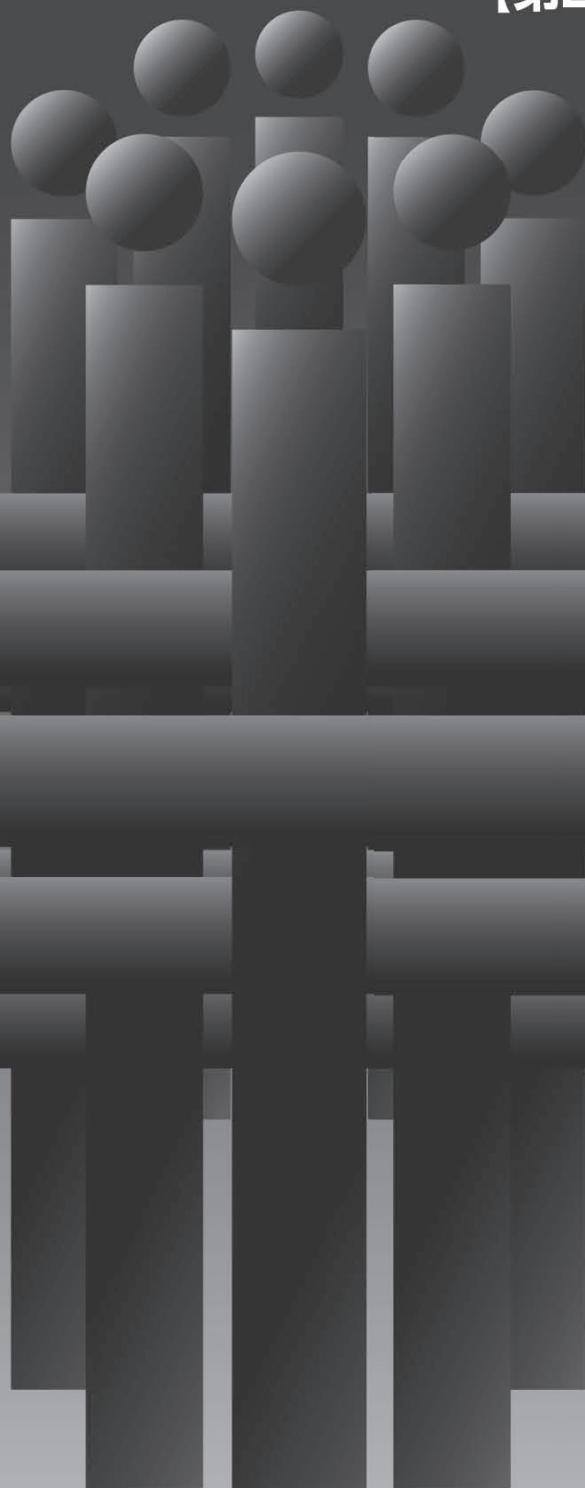
※医療観察法審判全般、特に退院許可申立て審判に関する  
考え方、解釈等について掲載





# 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」

《中略》

IV 医療観察法審判の考え方

医療観察法審判と通院処遇

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

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

1. 医療観察法 第1条 《目的等》について

2. 医療観察法 第20条 《社会復帰調整官》について

3. 医療観察法 第42条 《入院等の決定》について①

4. 医療観察法 第42条 《入院等の決定》について②

5. 医療観察法 第42条 《入院等の決定》について③

6. 医療観察法における人格障害について

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

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

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

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

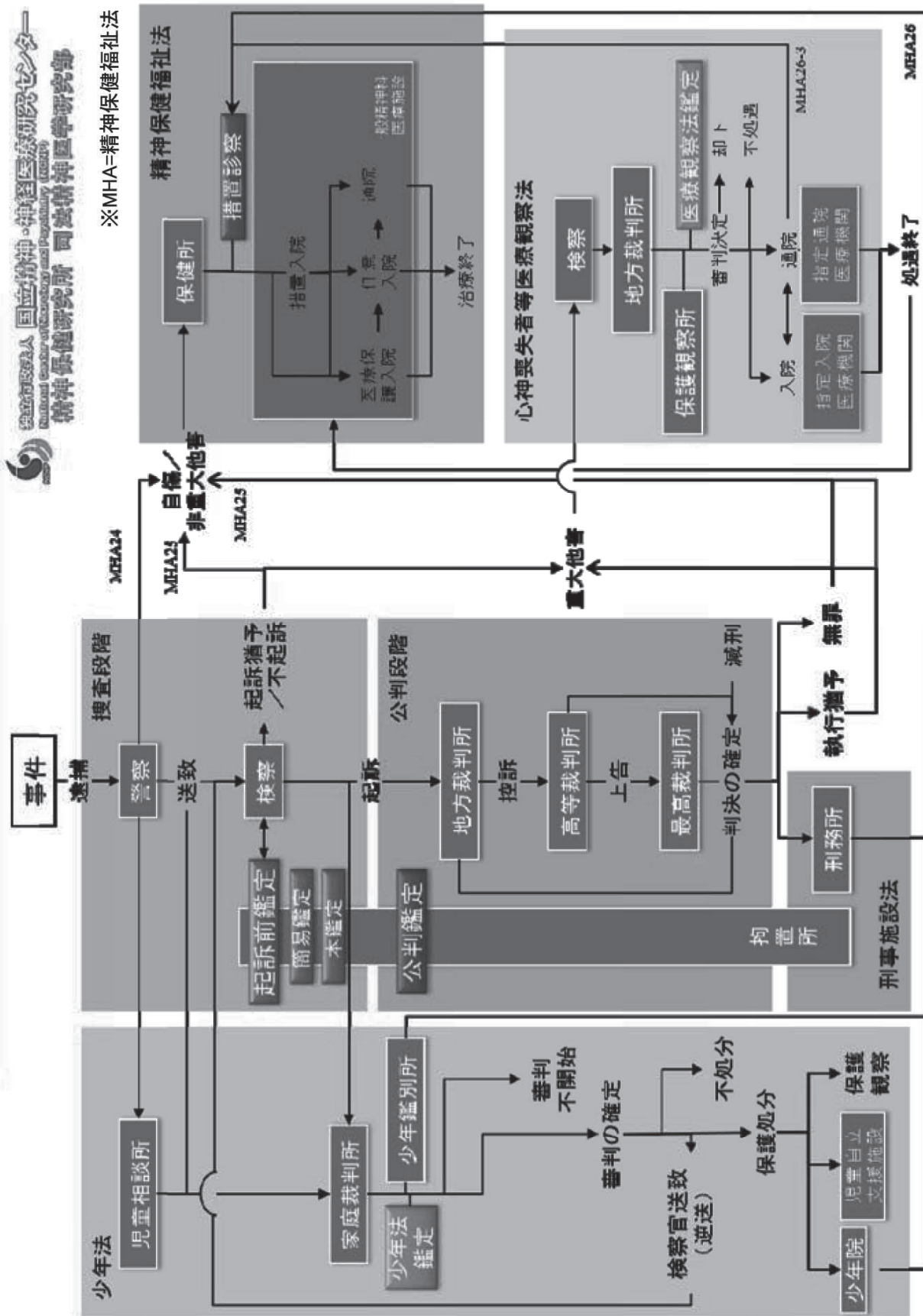
**精神疾患等により責任無能力等の状態で犯罪に当たる行為をした者の審判制度に関する海外比較 (一部改編)**

**医療観察法関連類似制度国際比較 Ver1.1**  
責任無能力等の状態で犯罪に当たる行為をし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	裁判所	1精神異常により無罪であるとの特別評決がなされたこと 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、精神病質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 き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 基づくことが必要
アメリカ (ニューヨーク州)	裁判所	1精神病又は精神的欠陥を理由とする責任欠如の評決があったこと 2被告人が危険な精神障害を有していると認められること	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 発令には、2名の精 神科医の診断を經るこ とが必要
ドイツ	裁判所	1責任無能力又は限定責任能力の状態、違法な行為を行ったこと 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 經ることが必要
フランス	県地方長官 (又は警視總監)	詳細な診断書を検討した上で、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	法医療審査会 (社会保健省に属す る機関であり、精神 科医と法律家により 構成される。)	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、処遇を必要とすること 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	州立医療施設 の 医長	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 後は6月ごとに更 新可)	医師の判断(退院特別審査か命じ られた場合は裁判所の判断)	
韓国	裁判所	1禁錮以上の罪に当たる行為をしたこと 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月ごと定期報 告)	社会保健委員会の判断(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 求するには、精神科專 門医による診断又は鑑 定を經なければならな い。
日本	裁判所	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、傷害、強盗、強姦、強姦未遂、強姦の6罪種に限定 3、「治療反応性」「疾病性」「社会復帰要因」と「医療の継続性」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)	

我が国の司法、更生保護制度と司法精神医療制度





## 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

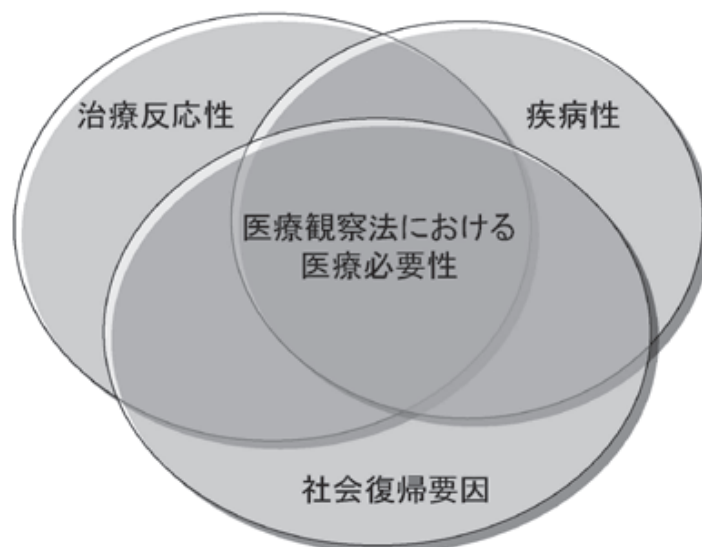
・ 医療観察法医療必要性の判断においては、鑑定医は下記に示す3つの評価軸に時間軸を組み合わせて評価を行い、意見を述べる。

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。

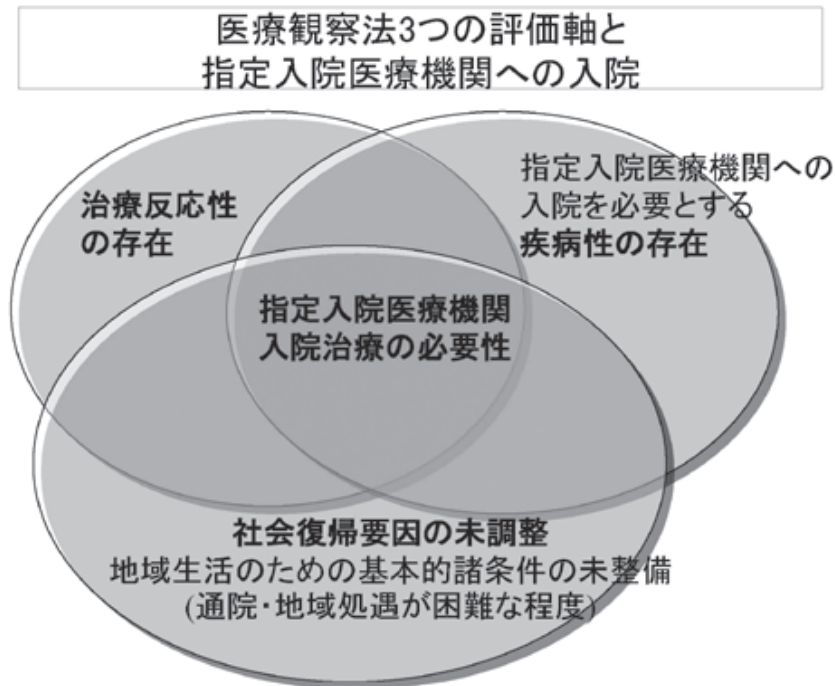
① “疾病性”とは『対象者の精神医学的診断とその重症度、および対象者の精神障害と当該他害行為との関連を意味する』。

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、関係者の間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ている。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に、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」

## 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

### 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、我が国に比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者だけが対象となる』、

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とした「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」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」

#### 《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。

#### 【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○○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、……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ということを目指す。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○○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体

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、しかしさ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ことについてです。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られません。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-

※〇〇衆議院議員は、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」

## 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とあります。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することを避ける】

-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とき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要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を議論していく。

先日も、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を聞いたわけですが、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して、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することを避けることができ得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-

### ◆ 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の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こととしてい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ざいまして、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ざいます。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ざいます。これは、保護観察所が各地域にございまして、そこを中心に処遇の計画等をめぐらすわけでございますが、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がございまして、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にしております。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にしております。

（中略）

①精神保健観察でございますけれども、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がございまして、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、市町村といたしますのは、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るかと思います。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**といたしますのは、**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○○(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○○(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す。

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を行うというふうな形の方が効率的ではなかろうかというふうに考えたわけでございます。



## 『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)

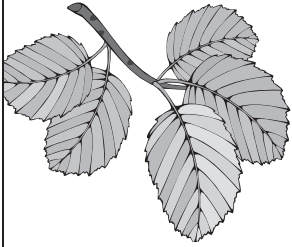


## 4.「通院導入ハンドブック」Ver2.0 [抜粋版]

※通院導入時に必要な対象者への各種説明資料、パンフレットと、  
その資料についてのスタッフ用取扱説明書、制度解説用資料等を掲載







《通院ワークブック別冊》

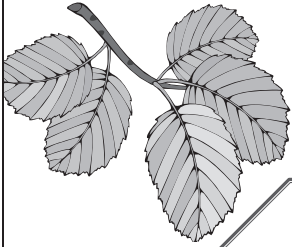
# 通院導入 ハンドブック

Ver2.0

【「制度説明」配布用資料集】

《含:「通院導入時制度説明」プログラム》





## 目次

### 1. 通院導入時説明用資料等

- ①総合チェック表(資料配付、説明等施行)
- ②「医療観察法の通院医療を始めるにあたって」
- ③「あなたの権利に関するお知らせ」

### 2. 「医療観察法制度説明、用語解説等」

《含:「通院導入時制度説明」プログラム》

### 3. 通院処遇関連 ツール&模擬様式等

- ①通院処遇対象者フェイスシート
- ②ケア計画週間予定表(様式+記入例)
- ③個別治療計画書(様式)
- ④緊急対応カード〔グリーンカード〕(様式等)
- ⑤対象者配布用パンフレット
- ⑥家族は配布用パンフレット



## 通院導入 ハンドブック 資料配付等チェック表

配布資料/文書名	資料掲載/作成	資料配付のみ	読み合わせ&説明	施行日
「通院開始告知書」 《初回日配布&読み合わせ推奨》	ハンドブック 掲載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
「権利に関するお知らせ」 《初日読み合わせ推奨》	ハンドブック 掲載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
処遇実施計画 《初日読み合わせ推奨》	保護観察所 作成	/	<input type="checkbox"/>	年 月 日
クライシスプラン 《初日読み合わせ推奨》	保護観察所 作成	/	<input type="checkbox"/>	年 月 日
対象者・制度説明用パンフレット 《初回日配布推奨》	ハンドブック 掲載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
家族 制度説明用パンフレット 《初回日配布推奨》	ハンドブック 掲載	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
通院等ケア計画週間予定表 《初回日配布推奨》	指定通院医療機関作成 (模擬様式/ハンドブック掲載)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
個別治療計画 《初回日配布&読み合わせ推奨》	指定通院医療機関作成 (模擬様式/ハンドブック掲載)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日
緊急時対応カード(グリーンカード)	指定通院医療機関作成 (模擬様式/ハンドブック掲載)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	年 月 日

\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日

## 医療観察法の通院医療を始めるにあたって

\_\_\_\_\_様

### ■医療観察法の目的

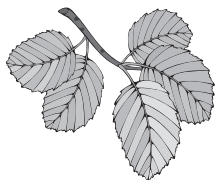
医療観察法の目的は、あなたの社会復帰を促進することです。そのためには、指定通院医療機関での継続的な通院治療が必要となります。また、必要があれば、保護観察所などより、あなたへの指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図るように定められています。

実際の医療観察法によるあなたへの治療や社会復帰等の援助は、指定通院医療機関と保護観察所を中心に、地域の保健所や行政機関(都道府県、市区町村)、社会復帰関連施設なども協力して行うことになっています。

- 1.あなたは、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日\_\_\_\_地方裁判所における審判の決定に従い、\_\_\_\_年 \_\_\_\_月 \_\_\_\_日より、当院において「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」(以下、医療観察法と略す)に基づく通院医療を開始します。
- 2.この通院医療は、\_\_\_\_保護観察所で定められた「処遇実施計画書」に基づき、当院の医療チーム(多職種チーム)により作成された「個別治療計画書」或いは、当院の規則等に従って実施されます。
- 3.この通院医療は、あなたに義務として課されたものです。あなたの今回の行為の原因となった精神障害を再発、悪化させないように継続的な医療を受けていただきます。それにより同様の他害行為に及ぶことのないようにするとともに、あなたが再び社会で生活できるよう、当院においては\_\_\_\_チームがあなたを親身になって支えていくものです。病状に関することや生活上の困ったことがあれば、主治医や\_\_\_\_チームの窓口となっている担当者(「緊急時の連絡・対応方法の表」が配布されていれば、その連絡先)に早めに相談するようにして下さい。
- 4.この通院医療は原則として3年間で終了し、一般の精神科通院医療に移っていただきますが、安定した医療及び観察を継続できず、不安定な病状が続く時などは、その後2年間まで延長されることになっています。  
また病状の悪化などにより通院医療では対処できないときには、一時的に「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」(以下、精神保健福祉法と略す)による入院や、医療観察法の入院処遇の申立てが行われることもあります。

【本人配布用】





この「医療観察法の通院医療を始めるにあたって」は、通院処遇の導入における最低限必要な事項をできるだけコンパクトにまとめたものです。内容は、医療観察法の目的、通院処遇の制度、対象者の義務と権利について、それぞれの概要を簡単に説明しています。この用紙を、そのまま、対象者に配布のみしている医療機関もありますが、できるだけ対象者と一緒に、読み合わせながら説明することで、対象者の理解も深まり、また、指定通院医療機関側でも、対象者の意向や傾向など、対象者についてのより深い理解につながると思います。

読み合わせの仕方としては、精神保健福祉法での入院時告知のようではなく、今後の通院処遇について、一緒に考えていくようなイメージで行うと良いと思います。また、対象者の理解度に応じて、ゆっくり説明する、具体的に話すなどの配慮も必要となります。

この「医療観察法の通院医療を始めるにあたって」は、通院処遇の導入における最低限必要な事項ですので、各指定通院医療機関で、その他に必要な説明事項があれば、その指定通院医療機関で追加の説明を行ってください。

#### ■医療観察法の目的

この部分は、医療観察法の目的について説明する。この文章は、医療観察法の第1条とほぼ同じです。ここでは、この法律の最終的な目的が「社会復帰であること」、①「指定通院医療機関での継続的な通院治療が必要である」ため、裁判所から「通院処遇決定」が出たこと、そして、②「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する」ために、「保護観察所などより、あなたへの指導」があることなどを説明する。〔参照：「I-①医療観察法の目的」〕

※以下、〔参照：○○〕は、【医療観察法制度説明、用語解説等】章内の各項目のこと

1. 医療観察法審判の決定事項を対象者と改めて確認します。対象者が、裁判所からの通院処遇決定の文書を持っていれば、それを一緒に確認することも良いでしょう。
2. 保護観察所の「処遇実施計画」の実物を見ながら、特に「①通院医療」の記載内容を対象者と確認していく。※「直接通院」の場合、まだ、できていないこともあります。指定通院医療機関の「個別治療計画書」ができていれば、今後の予定とあわせて、くわしく説明してください。  
〔参照：「II 医療観察法における通院処遇(通院医療)とは?」「IV-①(地域)処遇の実施計画」と②ケア会議〕
3. 対象者の「通院医療の義務」と「相談の必要性、有効性」を説明する。  
〔参照：「IV-①(地域)処遇の実施計画」と②ケア会議〕
4. 医療観察法が、「標準で想定している通院医療の期間」、「延長の可能性」および「終了後の精神保健福祉法による医療への移行」について、「指定通院医療機関での入院」、「医療観察法の再入院」について説明する。

【Staff Only】

一方、病状が回復安定し、精神科医療の必要性がなくなるか、自立して精神科医療を継続し社会で生活していくことが可能であると判断されれば、3年を経ないうちに通院医療（通院処遇）が終了されることもあります。

なお、あなたには次のような権利があります。

① 通院医療の決定に対する抗告（決定から2週間以内） をすること

② 通院医療の終了申立て をすること

あなたの通院医療の終了や継続などの決定は、原則、裁判所の判断で行われます。そのため、あなたが、通院医療の終了申立を行っても、終了決定があるまでは、通院医療の継続が必要となります。ご不明な点は、社会復帰調整官にお尋ね下さい。

5.この通院医療は、原則として前期、中期、後期通院医療の3期に分けて行われます。

前期では、通院医療に早くなじんでいただき、病院のスタッフと互いに信頼し協力して医療を継続していくことが大切です。

中期では、少しずつ社会活動への参加の試みが始まり、それを定着させていくことが目標となります。しかし社会参加の機会が増えるに従い、ストレスや気の緩みなどで病気の管理がおろそかになり、病状が不安定になる場合もあるので注意が必要です。

後期では、通院処遇の終了、一般通院医療への移行を意識した取組みが始まります。地域社会への参加が継続され拡大される中で、病気の自己管理をしながら安定した社会生活を送れるようになることが最大の目標となります。

6.この通院医療は、通院処遇の終了決定をもって終わります。

通院処遇の終了の目安としては、

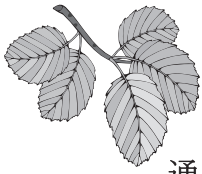
- 病状が改善し、後期通院医療において一定期間病状の再発がみられない。
- 処遇終了後、継続的な治療（通院、訪問看護等）が安定して実施できる。
- 処遇終了後、服薬管理、金銭管理等の社会生活能力が確保されている。
- 処遇終了後、安定した治療を継続するための環境整備、支援体制が確立している。
- 緊急時の介入方法について地域における支援体制が確立している。

などとされています。

7.この通院医療は公費で行われますが、精神保健福祉法による入院と身体合併症の治療に要する医療費、あるいはデイケアや訪問看護の交通費は自己負担となりますので、あらかじめご了承下さい。

8.この通院医療で最も大切なことは、自分の病気をよく理解して、その再発や悪化を招かないよう服薬等の定められた通院医療を定期的に継続することです。それにより病状の安定が続くことで再び社会生活ができるようになっていきます。病院スタッフはそのための支援をしていきますので、あなたもこの通院医療に積極的に協力して下さいます。

【本人配布用】



## 通院開始の告知「医療観察法の通院医療を始めるにあたって」の解説②

4. 「抗告」や「医療終了」について説明する。また、その判断は、「裁判所」が行っていることを確認する。また、記載されている対象者の権利についても確認する。〔参照：「Ⅲ通院処遇(通院医療)の期間」「Ⅰ-②「抗告申立て」、「医療終了申立て」について〕〕
5. 前期、中期、後期の治療ステージの内容について説明する。  
〔参照：Ⅲ通院処遇(通院医療)の期間〕
6. 通院処遇終了の目安を説明する。また、通院処遇の終了の決定は、裁判所が行う旨、再度、対象者に説明する。  
〔参照：Ⅲ通院処遇(通院医療)の期間〕
7. 医療観察法の通院医療における公費負担分と自己負担分について説明する。  
〔参照：Ⅴ医療観察法における通院医療と精神保健福祉法による入院〕
8. 対象者自身の治療への積極的な協力が大切である旨、説明する。

## あなたの権利に関するお知らせ

様

1. この病院は「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（医療観察法）」による指定通院医療機関です。

### 2. あなたの権利

1) あなたは\_\_\_\_\_地方裁判所にて通院処遇決定となりましたが、裁判所の決定があったから2週間以内であれば、地方裁判所を通して、高等裁判所へ抗告（決定は不服であるという申立て）をすることができます。また抗告が認められなかった場合、最高裁判所へ再抗告することもできます。

2) 治療に関して説明を受ける権利及び治療方針の決定に参加する権利があります。

3) 継続的に通院医療サービス等を受け、安定した生活を過ごしていければ、地方裁判所へ処遇終了の申立てを自分からすることができます。

◆また、「抗告申立て」の期間（「医療観察法による通院処遇(通院医療)」の決定があった日から14日以内）が過ぎた後でも、いつでも、あなたは、医療観察法による(通院)医療の終了を、地方裁判所に申立てることができます。なお、「抗告申立て」、「医療終了申立て」をしている期間中も、地方裁判所による「医療観察法による通院医療」の終了の決定があるまでは、あなたの「医療観察法における通院処遇(通院医療)」を受け続ける義務は、継続しています

### 3. あなたの義務

あなたには、原則、裁判所において、通院医療(通院処遇)の終了の決定がなされるまで、通院医療(通院処遇)をきちんと受ける義務があります。病院スタッフ、社会復帰調整官、地域の関係機関職員等と相談しながら、通院医療(通院処遇)を継続してください。

また、一時的に、病状が悪化した場合には、当院あるいは、当院の指定した医療機関に入院してもらう場合があります。

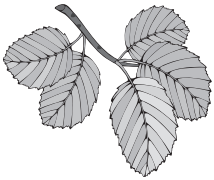
◆あなたが、通院医療を行わなくなってしまうなど、通院医療の継続自体が出来なくなった場合などには、裁判所の決定により、指定入院医療機関への(再)入院となる場合があります。勿論、あなたには、決定から2週間以内に裁判所へ抗告する権利、医療終了の申立を行う権利があります。

### 4. その他

疑問点、ご不明な点がございましたら、遠慮なく担当職員にお尋ねください。出来る限り分かりやすく説明いたします。

【本人配布用】





## 「あなたの権利に関するお知らせについて」の解説

医療観察法では、対象者の権利にかんする説明は、非常に重視されています。そのため、指定通院医療機関によっては、通院開始時の説明文書とは別に、対象者の権利に対する説明文書を配布するところが多くなっています。この「あなたの権利に関するお知らせについて」は、そのような指定通院医療機関の対象者への説明文書をまとめたものです。

「あなたの権利に関するお知らせについて」は、「医療観察通院医療を始めるにあたって」と重複して、同じ権利に関する説明が入っている部分があります。しかし、指定通院医療機関によっては、対象者の権利擁護の説明については、より手厚く扱うこととして、二つとも配布するところもありますし、また、裁判所の通院処遇決定について「抗告」を希望している対象者や、「抗告」期間中の「通院医療」(通院処遇)継続の義務について質問のある対象者に、「あなたの権利に関するお知らせについて」を利用して説明している指定通院医療機関も多くあります。そのため、このハンドブックでは、双方とも掲載することとしました。

それぞれの状況を考慮して、使い分けて頂ければ幸いです。

1. 指定通院医療機関についての確認をします。

2. あなたの権利

1) 抗告について具体的な月日で説明します。また再抗告についても説明します。

※抗告については2週間以内という期限がありますので、注意が必要です。

2) 治療の説明や参加する権利について説明します。

3) 終了の申立てについて説明します。

◆決定までの義務の継続を説明します

〔参照: 「I-②「抗告申立て」、「医療終了申立て」について〕

※特に、初回通院時は、対象者の緊張が強く、説明や顔合わせも多いという慌ただしい状況なので、対象者の理解が不十分なままで治療が進んでいる事があります。内容が理解されているか、確認しながら進めてください。

また、通院処遇では、ケースによっては、通院医療(通院処遇)が、義務であるという説明に比べ、「抗告」や「終了申立て」など、この制度における対象者の権利の説明が少なくなってしまうことがありますので注意してください。この法律では、「権利」と「義務」を、バランスよく説明していく必要があります

3. あなたの義務

義務について説明します。

4. その他

相談について説明します。



【Staff Only】

## 【医療観察法制度説明、用語解説等】の利用法について

◆この「医療観察法制度説明、用語解説等」の部分は、医療観察法制度の説明・解説部分であるとともに、『通院導入ワークブック』の各様式の利用法にもなっており、各章、各様式での用語の説明は、この章の部分で行っています。

◆この章は、スタッフ向けであるとともに、対象者との読み合わせ、配布も念頭に入れ作成されておりますので、対象者への配布可能です。必要があれば、対象者への説明、配付資料としてお使いください。

◆また、指定通院医療機関などで、対象者との医療観察制度について、説明などを行うプログラム【全6回】での利用も考慮し作成されています。そのため、以下のⅠ～Ⅵの各項は、医療観察制度を理解しやすい順序で作成されていますが、各項は、それぞれ独立しており、必要な部分のみの説明にも利用出来るようになっています。また、1回のプログラムの施行時間は、30～60分程度、特定の職種での施行を想定せず、原則として、対象者と各項目を読み合わせながら、医療観察制度の通院処遇における最低限の知識が習得できるように作成されています。

【第1回】Ⅰ 医療観察法等とは

【第2回】Ⅱ 医療観察法における通院処遇(通院医療)とは?

【第3回】Ⅲ 通院処遇(通院医療)の期間

【第4回】Ⅳ 「(地域)処遇の実施計画」とケア会議

【第5回】Ⅴ 医療観察法における通院医療と精神保健福祉法による入院

【第6回】Ⅵ 精神科リハビリテーションと訪問援助

## 【医療観察法制度説明、用語解説等】

### 【目次】

#### I 医療観察法等とは

- ①医療観察法の目的                      ②「抗告申立て」、「医療終了申立て」について

#### II 医療観察法における通院処遇(通院医療)とは?

- ①指定通院医療機関                      ②保護観察所

#### III 通院処遇(通院医療)の期間

#### IV 「(地域)処遇の実施計画」とケア会議

- ①「(地域)処遇の実施計画」              ②ケア会議

#### V 医療観察法における通院医療と精神保健福祉法による入院

- ①指定通院医療機関における精神科入院の医療費  
②任意入院（自らの意志に基づいた入院）  
③精神科医療における自らの意志に基づかない入院形態について

医療保護入院                      措置入院

#### VI 精神科リハビリテーションと訪問援助

- ①デイケア・ナイトケア                      ②デイケア                      ③ナイトケア  
④精神科作業療法                      ⑤訪問看護

## 通院導入時制度説明プログラム

(「権利擁護・社会復帰講座」指定通院医療機関 版)

プログラム【全6回】 ※必要に応じて施行/順序入替可	施行日
<b>通院導入時制度説明プログラム【第1回】</b>  <b>I 医療観察法等とは</b> ①医療観察法の目的 ②「抗告申立て」、「医療終了申立て」について	年 月 日
<b>通院導入時制度説明プログラム【第2回】</b>  <b>II 医療観察法における通院処遇(通院医療)とは?</b> ①指定通院医療機関 ②保護観察所	年 月 日
<b>通院導入時制度説明プログラム【第3回】</b>  <b>III 通院処遇(通院医療)の期間</b>	年 月 日
<b>通院導入時制度説明プログラム【第4回】</b>  <b>IV「(地域)処遇の実施計画」とケア会議</b> ①「(地域)処遇の実施計画」②ケア会議	年 月 日
<b>通院導入時制度説明プログラム【第5回】</b>  <b>V 医療観察法における通院医療と精神保健福祉法による入院</b> ①指定通院医療機関における精神科入院の医療費 ②任意入院(自らの意志に基づいた入院) ③精神科医療における自らの意志に基づかない入院形態について※医療保護入院 措置入院	年 月 日
<b>通院導入時制度説明プログラム【第6回】</b>  <b>VI精神科リハビリテーションと訪問援助</b> ①デイケア・ナイトケア ②デイケア ③ナイトケア④精神科作業療法 ⑤訪問看護	年 月 日



## I 医療観察法とは

### ① ■ 医療観察法の目的

医療観察法の目的は、あなたの社会復帰を促進することです。そのためには、指定通院医療機関での継続的な通院治療が必要となります。また、必要があれば、保護観察所などより、あなたへの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るように定められています。

実際の医療観察法によるあなたへの治療や社会復帰等の援助は、指定通院医療機関と保護観察所を中心に、地域の行政機関(都道府県、市区町村)、社会復帰関連施設なども協力して行うことになっています。

### ■ 「抗告申立て」、「医療終了申立て」について(「審判申立てイメージ図」を参照)

あなたが、地方裁判所の「医療観察法による入院によらない医療」(以下「医療観察法による通院処遇(通院医療)」の決定あるいは、「医療観察法による通院医療」の継続決定に不服がある場合には、決定があった日から 14日以内に、この地域を管轄する地方裁判所に「抗告申立て」をすることができます。

また、「抗告申立て」の期間(「医療観察法による通院処遇(通院医療)」の決定があった日から 14日以内)が過ぎた後でも、いつでも、あなたは、医療観察法による(通院)医療の終了を、地方裁判所に申立てることができます。なお、「抗告申立て」、

「医療終了申立て」をしている期間中も、地方裁判所による「医療観察法による通院医療」の終了の決定があるまでは、あなたの「医療観察法における通院処遇（通院医療）」を

受ける義務は、継続しています。

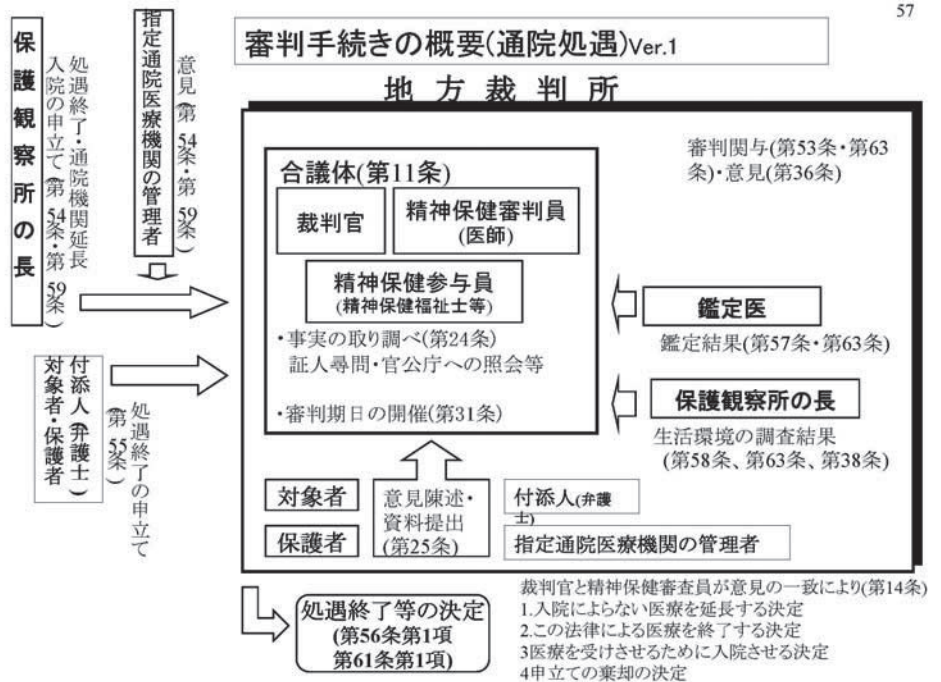
これらの手続きや、申立てるための書類については、あなたが住んでいる地域を担当する地方裁判所、あなた

を担当する付添人、保護観察所の社会復帰調整官、指定通院医療機関の多職種チームなどにお気軽にお尋ねください。

## II 医療観察法における通院処遇(通院医療)とは？

### ①指定通院医療機関

医療観察法により通院することになる医療機関は、一定水準の精神科医療を



提供することができる精神科の医療機関の中から、厚生労働大臣が指定した「指定通院医療機関」によって行われることになっています。

あなたが、裁判所から「医療観察法による通院医療」の決定を受けた場合には、定められた「指定通院医療機関」において、必要な精神科医療を受けることになります。この指定通院医療機関では、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者などからなる多職種チームが、あなたの精神科医療に関わる治療・リハビリテーション・社会復帰援助などを行っていくことになります。

## ②保護観察所

医療観察法では、法務省の保護観察所が、あなたの地域社会における処遇のコーディネーター役となります。保護観察所では、このような専門的な業務を行うため、精神保健福祉士をはじめとする精神保健及び福祉等の専門職より「社会復帰調整官」を採用し、各地の保護観察所に配属しています。

保護観察所の社会復帰調整官は、あなたの意向と関係機関などの援助方針等を調整するための「ケア会議」を主催したり、あなたの地域での具体的な援助計画である「(地域)処遇の実施計画」を作成したりします。また、あなたの自宅や保護観察所などで、あなたと直接面談をする。あるいは、関係機関からの報告を受けるなどして、あなたの生活状況等を見守ります(これを「精神保健観察」という)。そし

て、社会復帰調整官は、状況に応じて、あなたに適切な助言や指導を行っていくことで、地域において、あなたの継続的な医療とケア(援助)の確保することになっています。

### 医療観察法における保護観察所の業務

- (1) 裁判所における審判時に、対象者の生活環境を調査する
- (2) 入院治療中に、退院後の生活環境の調整を調査する
- (3) 通院治療などについての処遇実施計画を作成する
- (4) 通院治療中に、生活状況等の見守り(精神保健観察)を行う
- (5) ケア会議などを実施し、関係機関の連携を調整する
- (6) 裁判所に対し、「処遇の終了」、「通院期間の延長」、「(再)入院」などの申立てを行う。



### Ⅲ 通院処遇(通院医療)の期間

(「医療観察法における通院処遇のイメージ図」を参照)

「医療観察法における通院処遇(通院医療)」は、あなたが、裁判所により「医療観察法による通院処遇(通院医療)」を受けることを決定された日より開始され、終了

を決定された日に終了します。

医療観察法による通院処遇

(通院医療)の期間は、あなたが

が、医療観察法による通院

処遇(通院医療)の決定を受

けた日から、原則3年間とさ

れています。ただし、あなたの治療への積極的な意欲や通院処遇(通院医療)に対

する協力、指定通院医療機関による治療やリハビリテーション、その他の関係機関

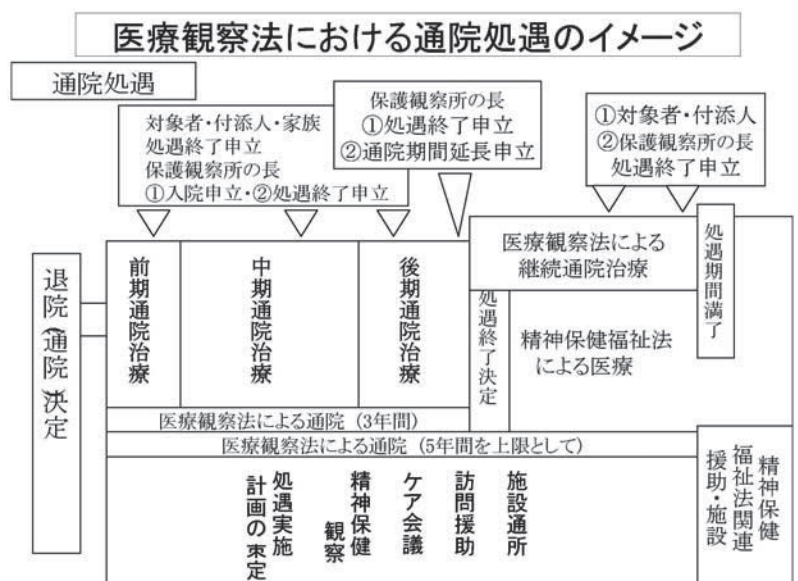
の社会復帰援助等により、あなたの病状や病識が改善し、また、あなたへの支援

体制がより整ってきた場合などは、医療観察法による通院処遇(通院医療)の期間

が短縮されることもあります。医療観察法による通院処遇(通院医療)の期間短縮に

ついては、指定通院医療機関を中心とした関係機関の意見などを参考として、

保護観察所がそれらの意見を考慮した申立てを行い、最終的には、裁判所の判断



で短縮されることになっています。また、3年を経過する時点で、なお医療観察法による通院処遇(通院医療)の必要であると認められる場合には、裁判所の判断により、2年を超えない範囲で、通院処遇(通院医療)の期間を延長されることがあります。

医療観察制度における通院処遇(通院医療)の期間は、保護観察所が作成する「処遇の実施計画」に基づき、対象者個々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、援助等が提供されることになっています。具体的には、対象者は、指定通院医療機関による通院し、デイケアや訪問看護などを受けながら、保護観察所による精神保健観察や行政機関、精神障害者等福祉関係機関により行われる各種援助などの必要な福祉サービスを受け、病状の改善と社会復帰に努めることになっています。

また、「医療観察法による通院処遇(通院医療)」を終了したとしても、あなたが、精神科の治療・リハビリテーションや社会復帰関連の援助などを利用できなくなるわけではありません。医療機関の変更などはあるかもしれませんが、一般的に行われている精神科の治療・リハビリテーションや社会復帰関連の援助などの制度を利用することは、可能です。

## IV「(地域)処遇の実施計画」とケア会議

### ①「(地域)処遇の実施計画」

(模擬「(地域)処遇の実施計画書」と「クライシスプラン」を参照)

医療観察法による通院処遇(通院医療)の期間中は、あなたの地域での処遇(治療・ケア等)計画として、保護観察所の長による「(地域)処遇の実施計画」の作成が義務づけられています。そして、医療観察法における医療、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と定められています。

「(地域)処遇の実施計画」は、あなたが通院処遇(通院医療)の期間中に地域での医療、精神保健観察及び援助を受けるための基礎となる重要なケア計画です。この「(地域)処遇の実施計画」は、保護観察所の開催するケア会議(1～3ヶ月程度の間隔で行われる)に、あなたが関係機関とともに参加して、必要な情報を共有し、あなたの意向や関係機関の意見を調整しながら、作成や見直しを行っていくことになっています。

□「(地域)処遇の実施計画書」内容は、

1「医療」における医療方針や通院及び訪問援助等の頻度、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います。

※「(地域)処遇の実施計画」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(病状悪化となってしまう原因)、前駆症状(病状悪化前の注意サインなど)、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など、詳細な援助計画の作成が予定されている。

## ②ケア会議

### ※医療観察法 第108条 (根拠法)

保護観察所長は、指定通院医療機関の管理者や都道府県知事、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る。

医療観察法の「ケア会議」※とは、保護観察所が主催し、個々の医療観察法の

通院対象者ごとに行われる地域でのケア会議です

※(入院対象者について、指定入院医療機関で行われる退院支援・地域ケア調整のため  
に開かれる対象者・関係機関等の会議は、これと区別して「CPA会議」等といわれる)。

あなたの地域処遇における中心的な治療・ケア計画となる保護観察所の「(地域)

処遇の実施計画」の作成や見直しのための協議すること、各関係機関による処遇

の実施状況、あなたの生活状況など処遇に必要な情報を共有することなどを目的



として行われます。また、保護観察所が、裁判所に対して行う「処遇終了の申立て」や「通院期間延長の申立て」などの必要性についての検討や、病状や生活環境の変化に伴う医療・援助方法の変更などについても話し合われます。

参加者は、保護観察所の社会復帰調整官、指定通院医療機関の多職種チームを中心に、都道府県・市区町村の精神保健福祉等の関連職員、精神保健福祉センター・保健所等の職員、社会復帰関連施設職員などが参加します。あなたの地域生活における処遇計画について話し合われるのですから、あなた自身ももちろん参加することになっています。また、ご希望があれば、あなたのご家族も参加することができます。

その他、ケア会議の構成メンバー、開催頻度等については、都道府県単位で保護観察所と他の関係機関との間における合意により、各地域の実情に応じて決められることになっています。

## IV 医療観察法における通院医療と精神保健福祉法による入院

### 【第4回】

「医療観察法における通院処遇(通院医療)」を受けている期間は、原則として、医療観察法と精神保健福祉法の双方が適用されることとなります。そのため、医療観察法における通院処遇(通院医療)の間中も、精神保健福祉法による以下の入院を行うことができます。また、あなたが、指定通院医療機関に通院しない、あるいは、「(地域)処遇の実施計画」や遵守事項などに定められた内容を全く守ることができないなど、様々な原因で、あなたの病状が非常に悪化してしまった場合は、保護観察所の申立てにより、地方裁判所が医療観察法での「指定入院医療機関」への入院を決定することもあります。

#### ① 指定通院医療機関における精神科入院の医療費

指定通院医療機関における精神科の通院医療は、医療観察法が適用されます。あなたの医療費の自己負担部分についても公費から支給されますので、あなたのお支払いはありません。しかし、指定通院医療機関における精神科入院(医療保護入院、任意入院等)は、原則として医療観察法ではなく、精神保健福祉法が適用されることになっています。そのため、あなたの医療費の自己負担部分も、一般の精神科入院の医療費と同様に医療保険等を利用して、支払うこととなります。

以下で紹介される任意入院、医療保護入院、措置入院は、ともに精神保健福祉法による入院形態です。

## ②任意入院（自らの意志に基づいた入院）

あなたが、自らの意志に基づいて、精神疾患の治療のため精神科医療機関へ入院する場合は、「任意入院」となります。保護観察所の「(地域)処遇実施計画」でも、病状悪化時などにおける早期の対応として、「任意入院」をあげているものが多くあります。そのため、指定通院医療機関の主治医も、あなたの病状が悪化し始めているごく初期から、「任意入院」による治療をあなたに勧めることが多いはずです。そのようなときは、早めに、この「任意入院」による治療を考えてみてください。また、あなた自身が病状の悪化を自覚したときなども、休養のための入院も含め、早めに「任意入院」による治療を受けることが良いと思います。

「任意入院」は、自らの意志において、精神疾患の治療のために入院する制度です。ですから、外出や退院も、あなたの意志で自由に行えることが原則となります。そのため、精神科の他の入院形態に比べ、あなたの入院生活における負担は、より少なくなるはず。精神科の治療では、病状がより悪化してしまった場合には、一時的にでも、あなたの自由をある程度制限することになる他の入院形態をとり、

治療しなければならぬことがあります。そうなる前のできるだけ早い時期に、あなた自身による入院治療の意志を表明し、「任意入院」による治療を受けることをおすすめてします。

「任意入院」の場合でも、精神保健指定医が、医療及び保護の必要があると判断されたときは、72時間に限り退院に制限がなされる場合もあります。

### ③精神科医療における自らの意志に基づかない入院形態について

精神疾患では、病状等が悪くなると、治療が必要であることや、自らが精神疾患にかかっていること自体を、理解しにくくなってしまふことがあります。特に、精神科医療機関での入院治療の必要があるのに、患者本人の入院の同意が得られない場合には、同意がなくても、本人に入院してもらい治療を行うことがあります。精神保健福祉法は、このような入院として、「医療保護入院」「措置入院」などの入院形態を定め、決められた手続きのもとで、あなたの権利も守られるよう厳格に運用されています。

#### 医療保護入院

精神保健指定医が、精神科における入院治療の必要があると判断した場合で、



あなたより入院治療の同意が得られないときには、保護者の同意を得て、あなたに入院治療を行うことがあります。精神保健福祉法では、このような入院形態を「医療保護入院」といいます。「医療保護入院」では、精神保健指定医により、あなたの精神症状が改善し、「医療保護入院」が必要な症状でなくなったと判断されると退院となります。

また、あなたの同意を得ての「任意入院」として、入院治療を継続することもあります。あなたが、「医療保護入院」となった場合には、あなたは「医療保護入院」となったことや、それに伴う退院請求の権利などについて、書面を用いて精神保健指定医より説明されることになっています。あなたが入院した病院の管理者は、医療保護入院を行った場合、10日以内に、その方の症状その他厚生労働省令で定める事項を最寄りの保健所長を経て、都道府県に届け出ることになっています。あなたが、その病院に「医療保護入院」していることは、都道府県の担当者に通知されます。そして、その病院において、あなたの「医療保護入院」が、適正に運用されているかは、都道府県より審査されています。また、あなたが行うことのできる「医療保護入院」の退院請求についても、都道府県が担当窓口となります。

#### 措置入院

あなたの精神障害の症状が非常に悪くなり、精神保健指定医2人以上の診察に

において、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために、あなたが自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるという一致した診察結果が出た場合にのみ、あなたやあなたの保護者の同意を得ることなしに、都道府県知事により指定された精神科の医療機関において、あなたの入院治療を行うことができます。

精神保健福祉法では、このような入院形態を「措置入院」といいます。「措置入院」は、医療及び保護のために入院させなければ、その精神障害のために、あなた自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあるというような症状が改善されれば、解除されます。あなたが、「措置入院」となった場合には、あなたは「措置入院」となったことや、それに伴う退院請求の権利などについて、書面で説明されることになっています。

※措置入院でのあなたの自己負担部分の医療費については、原則として公費(国3/4、都道府県等1/4)から支給されるため、ほとんどの場合、あなたにお支払いはありません。ただ、あなたやあなたの扶養義務者の所得によっては、医療費の自己負担(月々の2万円を限度として)が生じることがあります。

## V 精神科リハビリテーションと訪問援助

「医療観察法の通院医療」では、指定通院医療機関で行われる診察や服薬とともに、精神科リハビリテーション(精神科デイケアやナイトケア、作業療法など)や訪問看護等の訪問援助が治療計画に入っている場合があります。これは、あなたの治療に、これらの精神科リハビリテーション(精神科デイケアやナイトケア、作業療法など)や訪問看護等の訪問援助が、非常に重要と考えられているからです。

これらの治療内容や日程等のスケジュールについては、「ケア会議」で、あなたの意向を確かめながら、指定通院医療機関を中心に、保護観察所などの関係機関でも意見の調整を行って決定されていきます。そして、決定された治療内容や日程等のスケジュールは、保護観察所で作成される「(地域)処遇の実施計画」にも詳しく記載されることになっています。あなたは、指定通院医療機関に通院をし、これらの治療を受けながら、病状の改善と社会復帰に努めることとなります。

指定通院医療機関で行われる「医療観察法の通院医療」の費用は、原則として、公費から支給されるため、あなたの支払いはありません。指定通院医療機関で行われる精神科のデイケアやナイトケア、作業療法、訪問看護等の費用についても、すべて公費から支給されます。※「訪問看護」の交通費のみは、あなたの実費負担となります)

### ①デイケア・ナイトケア

デイケア、ナイトケア、デイナイトケアは、<sup>せいしんしょうがい</sup>精神障害の方に対する、<sup>かた</sup>外来の<sup>たいする</sup>リハビリ  
<sup>がいらい</sup>テーション<sup>ちりょう</sup>治療です。

### ②デイケア

<sup>しゅうだんかつどう</sup>集団活動への<sup>さんか</sup>参加を通して、<sup>たいじんかんけいのうりよく</sup>対人関係能力、<sup>さぎょうのうりよく</sup>作業能力のトレーニングをするとと  
もに、<sup>きそくてき</sup>規則的な<sup>せいかつしゅうかん</sup>生活習慣の<sup>かくりつ</sup>確立、<sup>たいりよく</sup>体力の<sup>かいふく</sup>回復、<sup>たいしょのうりよく</sup>ストレスへの<sup>かくとく</sup>対処能力の<sup>めざ</sup>獲得によっ  
てより<sup>けんこう</sup>健康な<sup>しゃかいせいかつ</sup>社会生活ができるようになることを目指しています。

### ③ナイトケア

<sup>たんしんせいかつしゃ</sup>単身生活者の<sup>せいかつしえん</sup>生活支援を<sup>おも</sup>主な<sup>もくてき</sup>目的としたところが多い、<sup>ゆうしょくなど</sup>夕食等の<sup>ていきょう</sup>提供や<sup>だんら</sup>だんら  
ん、<sup>しゅうだんかつどう</sup>集団活動、<sup>せいかつしどう</sup>生活指導を行っています。

※デイケアとナイトケアを組み合わせ、デイナイトケアとして利用することもでき  
ます。

<sup>いし</sup>医師、<sup>かんごし</sup>看護師、<sup>せいしんほけんふくしし</sup>精神保健福祉士、<sup>りんしょうしんりぎじゅつしゃ</sup>臨床心理技術者、<sup>さぎょうりょうほうし</sup>作業療法士などの<sup>たしよくしゅ</sup>多職種チ  
ームで<sup>ちりょう</sup>治療を行っています。その内容は、<sup>ないよう</sup>集団<sup>しゅうだんせいしん</sup>精神療法、<sup>さぎょうりょうほう</sup>作業療法、<sup>レクリエーシ</sup>レクリエーシ  
<sup>かつどう</sup>ョン活動、<sup>そうさくかつどう</sup>創作活動、<sup>せいかつしどう</sup>生活指導、<sup>りょうようしどうなど</sup>療養指導等があります。

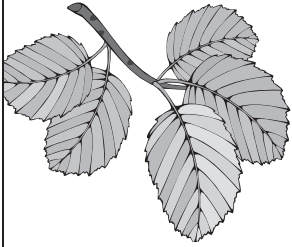
④<sup>せいしんか さぎょうりょうほう</sup>精神科作業療法

<sup>せいしんか さぎょうりょうほう</sup>精神科作業療法は、<sup>とうげい</sup>陶芸や<sup>かいが</sup>絵画などの<sup>そうさくかつどう</sup>創作活動やスポーツなど、さまざまな  
<sup>こべつてき</sup>個別的、<sup>しゅうだんてき</sup>集団的な活動を通して<sup>かつどう</sup>社会復帰や<sup>とおしてしゃかいふっき</sup>社会生活の<sup>しゃかいせいかつ</sup>技能の<sup>ぎのう</sup>獲得を<sup>かくとく</sup>目的とした<sup>もくてき</sup>  
<sup>せいしんか</sup>精神科の<sup>ちりょう</sup>リハビリテーション治療です。

⑤<sup>ほうもんかんご</sup>訪問看護

<sup>せいしんか ほうもんかんご</sup>精神科訪問看護とは、<sup>かんごし</sup>看護師や<sup>せいしんほけんふくし</sup>精神保健福祉士などが<sup>ていきてき</sup>定期的に<sup>じたく</sup>自宅に<sup>ほうもん</sup>訪問し  
<sup>ちいき</sup>て、<sup>せいかつ</sup>地域で生活する<sup>せいしんしょうがいしゃ</sup>精神障害者に<sup>あんてい</sup>安定した<sup>にちじょうせいかつ</sup>日常生活が送れるように<sup>えんじょ</sup>援助を行うも  
<sup>せいしんしょうじょう</sup>のです。<sup>そうだん</sup>精神症状についての<sup>ふくやく</sup>相談、<sup>じこかんり</sup>服薬の自己管理についての<sup>えんじょ</sup>援助など、  
<sup>せいしんか</sup>精神科の<sup>ちりょう</sup>治療・<sup>ほけん</sup>保健・<sup>ふくし</sup>福祉について<sup>そうごうてきしえん</sup>総合的支援を行います。





医療観察法 指定通院医療機関  
通院処遇関連 ツール&模擬様式等



通院処遇対象者フェイスシート				※取り扱い注意	
ふりがな			男	女	
氏名			生	年	日
住所			年	月	日 ( 歳 )
保護者	(氏名)	(続柄)	☐ 医療保護入院時の 電話番号 ( - - )		
	(住所)		↓ 異なる場合 ( ) 携帯番号 ( - - )		
緊急連絡先	(氏名)	(続柄)	電話番号 ( - - )		
	(住所)		携帯番号 ( - - )		
連絡先備考					
社会復帰調整官	(名前)	(保護観察所名)	電話番号 ( - - )		
			携帯番号 ( - - )		
保健所	(担当者名)	電話番号 ( - - )	精神保健福祉センター	(担当者名)	電話番号 ( - - )
通院処遇開始日 年 月 日 ( 処遇決定日 年 月 日 )					
鑑定入院医療機関名					
通院処遇までの経過	☐ 直接通院 (転院の場合: 病院名 )				
	☐ 移行通院 (指定入院医療機関名 : )				
前期	年	月	日 ~	中期	年 月 日 ~
					後期 年 月 日 ~
対象行為 ( 発生日 平成 年 月 日 )					
内容	※未遂の場合は☐にチェック		被害者		対象行為の概要
☐ 殺人	☐ 未遂		☐ 家族 ( )		
☐ 傷害			☐ 知人 ( )		
☐ 強盗			☐ 他人		
☐ 強姦・強制わいせつ	☐ 未遂		☐ その他 ( )		
☐ 放火	☐ 未遂				
医学的所見					
現在の主たる診断名	☐ F2 統合失調症 ( )型		対象行為前の治療歴*		
	☐ F3 感情障害 ( )		(1) 入院歴 ☐ 無 ☐ 有 (措置 / 医保 / 任意)		
	☐ (F ) ( )		(2) 通院歴 ☐ 無 ☐ 有 (継続 / 中断 / 終了)		
併存診断名	☐ 物質関連障害: アルコール / 大麻 / 覚せい剤 / その他 ( )		身体疾患等合併症等*		
	☐ 発達障害: 広汎性 / ADHD / その他 ( )		☐ 糖尿病 ☐ 高脂血症 ☐ 高血圧		
	☐ 知的障害 境界域 / 軽度 / 中等度 / 重度 (IQ: ) 80-70 70-50 50-30 30以下		☐ アレルギー ( )		
			☐ その他 ( )		
鑑定入院もしくは入院処遇中の治療状況					
薬物療法	☐ 内服薬		☐ デボ剤 ( 週間に1回 )		☐ 抗酒剤
入院処遇中に実施されたプログラム					
☐ 動機づけ面接	☐ アンダーマネジメント	☐ 生活支援 / SST		☐ ( )	
☐ 疾病教育	☐ アルコール・薬物関連	☐ 処遇実施計画 (クライシスプラン) の説明		☐ ( )	
☐ 内省プログラム	☐ 就労支援	☐ 通院処遇の制度概要についての説明		☐ ( )	
入院中の問題行動等 (特記事項があれば)					
生活状況					
居住形態	同居者		生活保護の受給		保険の種別
☐ 自宅	☐ 有 ☐ 無 (独居)		☐ 有 ☐ 無		☐ 社会保険
☐ アパート	↓ 有の場合		福祉サービスの利用		☐ 国民健康保険
☐ グループホーム・援護寮	☐ 家族 ( )		☐ 障害者手帳 (精神・身体・知的)		☐ 共済組合
☐ その他 ( )	☐ 家族以外 ( )		☐ 自立支援法 ( )		☐ 後期高齢者
			☐ 障害年金 ( 級 )		

通院等 ケア計画週間予定表 (様)

	日	月	火	水	木	金	土
午前							
午後							
夕刻							
夜間							
その他「予定」 2週間に1度 or 4週間に1度 (1ヶ月に1度)							

※W=week / M=month

月間計画	将来計画	備考

関係機関/内容	所属/担当者名	連絡先

通院等 ケア計画週間予定表 (記入例)

日	月	火	水	木	金	土
午前		デイケア(9:30-15:30)	デイケア(9:30-15:30)	デイケア(9:30-15:30) 外来通院(10:00)	デイケア(9:30-15:30)	
午後		訪問看護※MDT 指定通院医療機 関				〇〇〇〇生活支援セ ンター (13:30-15:30)
夕刻			AA参加(17:00~)			
夜間						
その他「予定」 2週間に1度 or 4週間に1度 (1ヶ月に1度)		保健所訪問 (1回/1M)	精神保健観察 (1回/1M) (社会復帰調整 官)	外来通院時 PSW面接(1回 /2W) 心理面接(1回 /2W) 服薬指導(1回 /1M)		

月間計画	将来計画	備考
ケア会議(1回/1W)※指定通院医療機関or保健所会議室	デイケア通所 退院後12ヶ月間は、治療専念し、そ の後就労等については、関係機関と 相談しながら準備する予定	福祉事務所への訪問(適時) 生活支援センター通所(適時)

※W=week / M=month

関係機関/内容	所属/担当者名	連絡先
デイケア(4回/1W) 外来通院(1回/1W) PSW面接(1回/2W) 心理面接(1回/2W) 訪問援助 自宅訪問(1回 /1W)	〇〇医師 〇〇看護師 〇〇精神保健福祉士 〇〇臨床心理技術者 〇〇作業療法士 〇〇薬剤師 〇〇栄養士	〇〇〇〇病院 TEL:000-000-0000
〇〇〇〇保護観察所	〇〇〇〇社会復帰調整官	000-000-0000
生活支援センター〇〇〇〇	〇〇所長/〇〇氏/	000-000-0000
〇〇〇〇福祉事務所	〇〇〇〇ケースワーカー	000-000-0000
〇〇〇〇保健所	〇〇〇〇保健師	000-000-0000

/ 年 月 日

医療観察通院医療 個別治療計画書

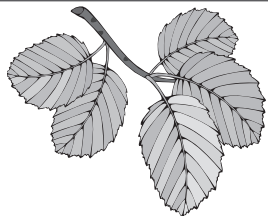
<p>(エンボス)</p> <p>漢字氏名： _____ 様</p> <p>病名： _____ ICD-10: F</p> <p>身体合併症：</p>	<p>担当チーム名 _____</p> <p>主治医： _____</p> <p>看護師： _____</p> <p>精神保健福祉士： _____</p> <p>臨床心理技術者： _____</p> <p>作業療法士： _____</p> <p>訪問看護担当者： _____</p> <p>デイケア担当者： _____</p>
<p>(長期目標)</p>	
<p>(中期目標)</p>	
<p>(短期目標)</p>	
<p>今後 _____ ヶ月の治療計画 ( _____ 年 _____ 月 ~ _____ 年 _____ 月)</p>	
<p>(外来診療)</p> <p>(訪問看護)</p> <p>( <input type="checkbox"/> デイケア / <input type="checkbox"/> 作業療法 )</p> <p>( <input type="checkbox"/> 精神保健福祉 / <input type="checkbox"/> 心理 / <input type="checkbox"/> その他 )</p>	
<p>(緊急時の対処方法)</p>	
<p>主治医から上記説明を受け了承しました。</p> <p>_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 署名</p>	

病院名 \_\_\_\_\_

住所：〒 \_\_\_\_\_

電話： \_\_\_\_\_





## 緊急時対応カード(グリーンカード)

### 《利用方法等》

#### 【連絡方法】

- ①通院医療機関への連絡の際は、「緊急時連絡カード(グリーンカード)をもっている〇〇〇〇です」と伝えてください。
- ②電話の際は落ち着いて様子を聞かせて下さい。
- ③時間外(〇〇:〇〇~〇〇:〇〇)は、当直医師・看護師等の指示に従ってください。

#### 【症状等の記載についての注意】

- 『処遇実施計画』のなかの「クライシスプラン」で、通院医療機関に連絡が必要な注意サインが出たとき
- 自己モニタリングシートを利用している対象者の場合、その表現を取り入れる。
- その他、精神的な症状のときや強いストレスを感じたときの状況を記載する。

#### 【記載する症状】

※個別性を取り入れ出来るだけ具体的で、対象者にわかりやすい表現で記載する

##### 〔具体的な記載例〕

■自宅に閉じこもり、家から出られなくなる ■寝られない、落ち着かない、まとまらない ■疲労感が強くなる ■陰口を言われているような気がする ■焦燥感、困惑感が募る ■感情が不安定になる(泣く、怒る) ■胸が刺されるような感覚を持つ ■胸が刺されるような感覚が強くなる ■酒を飲んでしまう、整髪料などを吸う ■日頃している外出が困難となる ■集中できない ■不眠 ■緊張し貧乏ゆすりが頻繁となる ■不衛生になる(入浴、洗髪、ひげ剃り) ■強迫的な行動(手洗いや鍵の過度の確認等) ■日頃気になる人からはっきりと嫌がらせされていることが解る→ずっと気になって落ち着かない ■酒を飲みたくなる ■暴言を言う ■易怒性が高くなる ■幻聴 女性の声:楽しい、面白い、笑わせるような本人にとって良い内容が多く。⇒客観的には、空笑、独語が目立つ ■酒を飲んでしまう、整髪料などを吸う ■幻聴 得体の知れない声(又は、知人の声):嫌がらせ(脅迫)のような内容を話す ■デイケア、作業所への遅刻、欠席が頻繁になる ■幻聴 得体の知れない声(又は、知人、亡くなった家族の声):死んでしまえなどと脅迫的な声が聞こえる ■外来受診できなくなる。

#### 緊急時対応カード \_\_\_\_\_ 様

1. いつもこのカードを持っていてください。
2. 電話の際はこのカードを持っている事を伝えて下さい。

3. 連絡先:

/ \_\_\_\_\_ 病院

電話 \_\_\_\_\_

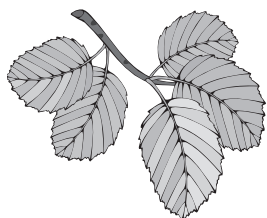
4. 担当者: \_\_\_\_\_

以下のような時には、おもて面の電話番号に連絡しましょう。《下記、【記載する症状】参照》

- 
- 
- 
- 
- 

キリトリ線





## 緊急対応カード（グリーンカード）について

通院処遇ガイドラインの治療プログラムにおいて、病状悪化時における医療面での危機介入計画をあらかじめ策定し、対象者の同意を得られるよう努力すると明記されています。再被害行為を起こさないためにも病状悪化を防ぐことがこの制度の目的のひとつであり、そのためには、①悪化につながるサインを認識する②それに気づく方法を知る③気づいたら相談するという手段（スキル）を自分なりに獲得していくことが望まれます。

このカードは主に夜間、土日祝日に病院へ相談したくなった時に活用してもらえよう作成しました。書いてある順番に読み上げていけば、当直のスタッフに内容が伝わります。お財布や定期入れなど、常に持ち歩いているものに保管しておいてください。

連絡できるかどうかご心配であれば、事前の練習も可能です。

氏名、ID 番号

1. いつもこのカードを持っていて下さい。
2. 病院に連絡する際は「グリーンカードの〇〇です。番号は△□です」とお伝えください
3. 病院の電話番号は〇〇〇-××△□です。
4. 担当者は主治医の〇〇、看護師△△、精神保健福祉士の□□です。などと伝える
5. 落ち着いて要件を伝え、指示を聞いてください。
6. 必要と判断したときは、社会復帰調整官や関係機関に連絡することもあります。
7. 次のようなときは、早目に病院へ電話をしてください。として必要と思われる具体的な病状悪化のサインを説明する。



いりょうかんさつほう

# 医療観察法について



裁判所 (合議体)

あなたが<sup>つういん</sup>通院している<sup>びょういん</sup>病院です

医療機関名 \_\_\_\_\_ /

〒 \_\_\_\_\_ /

/ \_\_\_\_\_ /

でんわ  
TEL \_\_\_\_\_ /

# つういん 　　いりょうひ 通院にかかる医療費について

- 医療観察制度における精神疾患の医療費は全額 国の負担となります。
- あなたの自己負担はありません。
- 精神疾患以外の治療（骨折をしたときの治療や虫歯の治療など）については、医療費がかかります。
- お住まいの場所から病院までの交通費はあなたの自己負担となります。

## あなたを担当させてもらうチームのメンバーです

い　　し  
医　　師： \_\_\_\_\_

せいしんほけんふくしし  
精神保健福祉士： \_\_\_\_\_

かん　　ご　　し  
看　　護　　師： \_\_\_\_\_ (訪問) \_\_\_\_\_ (外来)

さぎょうりょうほうし  
作業療法士　　： \_\_\_\_\_

りんしょうしんりぎじゅつしゃ  
臨床心理技術者　　： \_\_\_\_\_

デイケア　　： \_\_\_\_\_

しゃかいふっ　きちようせいかん  
社会復帰調整官　　： \_\_\_\_\_

この担当チームが中心となって、あなたの治療や困っていること  
など、色々な相談についてサポートします。

## つういん かた けんり ぎむ 通院される方の権利と義務などについて

### ① こう ごとく 抗 告

さいばんしょ つういんけつてい ふふく とく けつてい しゅうかんにない こうこく  
裁判所の通院決定に不服がある時は、決定があつてから2週間以内に抗告をすること  
ができます。

### ② しょうぐう しゅうりょう もう た 処遇の終了の申し立て

せいど いりよう しゅうりょう ばあい さいばんしょ もう た  
この制度による医療を終了したい場合は裁判所に申し立てをすることができます。

### ③ つういんしょうぐう (つういんいりよう) う ぎむ 通院処遇 (通院医療) を受ける義務

あなたには、じょうき こうこくをした場合も含め、つういんしょうぐう う ぎむ  
通院処遇をきちんと受ける義務があります。

びやういん しゃかいふつきちようせいかん ちいき かんけいきかんしょくいん そうだん  
病院スタッフ、社会復帰調整官、地域の関係機関職員等と相談しながら、

ちいき せいかつ けいぞく  
地域での生活を継続してください。

### ④ つういんしょうぐう (つういんいりよう) きかん 通院処遇 (通院医療) の期間

つういんしょうぐうきかん さいばんしょ つういんしょうぐう けつてい う ひ げんそく ねんかん  
通院処遇期間は、あなたが裁判所により通院処遇の決定を受けた日から、原則3年間と  
されています。

ただし、あなたのちりよう せっきよくてき いよく びやうじょう びやうしき かいぜん  
治療への積極的な意欲や病状、病識の改善、あなたへのしえんたいせい  
支援体制

のじょうきよう じょうきよう つういんしょうぐうきかん たんしゆく ばあい してい  
状況によっては、通院処遇期間が短縮されることもあります。この場合は、指定

つういんいりようきかん ちゅうしん かんけいきかん いけん さんこう ほ ごかんさつしょ さいばんしょ  
通院医療機関を中心とした関係機関の意見などを参考として、保護観察所が裁判所に

もうした おこな さいばんしょ はんたん  
申し立てを行い、裁判所が判断することになります。

また、ねん けいか じてん つういんしょうぐう ひつよう みと ばあい  
3年を経過する時点で、なお通院処遇の必要があると認められる場合には、

さいばんしょ はんたん ねん こ はんい きかん えんちよう  
裁判所の判断により、2年を超えない範囲で、期間を延長されることがあります。





## ⑤ (地域) 処遇の実施計画

医療観察法による通院処遇（通院医療）の期間中は、あなたの地域での処遇（治療・ケア等）計画として、保護観察所の長による「(地域) 処遇の実施計画」の作成が義務づけられています。そして、医療観察法における医療、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と定められています。

「(地域) 処遇の実施計画」は、あなたが通院処遇（通院医療）の期間中に地域での医療、精神保健観察及び援助を受けるための基礎となる重要なケア計画です。

## ⑥ クライシスプラン

「(地域) 処遇の実施計画」には、あなたの緊急時の対応についても書かれています。

あなたが緊急事態の場合、どこの機関が、こういった内容の相談を受けることができるか、あなたの病状悪化となる原因や病状悪化前の“注意サイン”等に対するあなた自身の対処の仕方、周りでサポートする家族や関係機関の対処の仕方等について段階を踏んだ対応が具体的に明記されています。

通院処遇（通院医療）の期間中、あなたの病状悪化等が認められた場合には、クライシスプランに基づいて指定通院医療機関との連携が図られることとなりますので、関係機関関係者とこのプランについて共有することになります。

上記以外にも通院中のことで分からないことがあれば、担当チームのメンバーに相談してください。



いりょうかんさつほう

かぞく

# 医療観察法について「ご家族さまへ」

こんかい いりょうかんさつほう  
今回、医療観察法により \_\_\_\_\_ へ通院処遇となりました。

この通院処遇は、裁判所の決定によるものです。

このパンフレットでは、医療観察法の流れや通院される方の権利などの説明を書いていますので、必ず目をとおしてください。

ご不明な点などございましたら、忌憚なく病院スタッフにご相談ください。

さいばんしょ けつてい いりょうかんさつほう つういんしょぐう  
裁判所の決定で医療観察法の通院処遇となりました

## いりょうかんさつほう 医療観察法とは

せいしきめいしょう しんしんそうしつとう じょうたい じゅうだい たがいこうい おこな  
正式名称は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った  
もの いりょうおよびかんさつとう かん ほうりつ  
者の医療及び観察等に関する法律」といいます。

ほうりつ せいしんしっかん はんだんのうりよく ふじゅうぶん じょうたい  
この法律は、精神疾患のために判断能力が不十分な状態で  
じゅうだい たがいこうい おこな ひと たいしょう けいぞくてき てきせつ  
重大な他害行為を行った人を対象としており、継続的で適切な  
いりょう びょうじょう かいぜん ともな どうよう こうい さいはつほうし はか  
医療により病状を改善し、これに伴う同様の行為の再発防止を図  
しゃかいふっき そくしん もくてき びょうき ちりょう  
り、社会復帰を促進することを目的としています。つまり、病気の治療  
ひつよう  
と必要なサポート（観察及び指導）を行います。



# つういん いりょうひ 通院にかかる医療費について

- 医療観察制度における精神疾患の医療費は全額 国の負担となります。
- ご本人やご家族の自己負担はありません。
- 精神疾患以外の治療（骨折をしたときの治療や虫歯の治療など）については、医療費がかかります。
- お住まいの場所から病院までの交通費はご本人の自己負担となります。

かんじゃ たんとう  
患者さまを担当させていただきますチームのメンバーです

い し  
医 師： \_\_\_\_\_

せいしんほけんふくしし  
精神保健福祉士： \_\_\_\_\_

かん ご し  
看 護 師： \_\_\_\_\_  
(訪問) (外来)

さぎょうりょうほうし  
作業療法士： \_\_\_\_\_

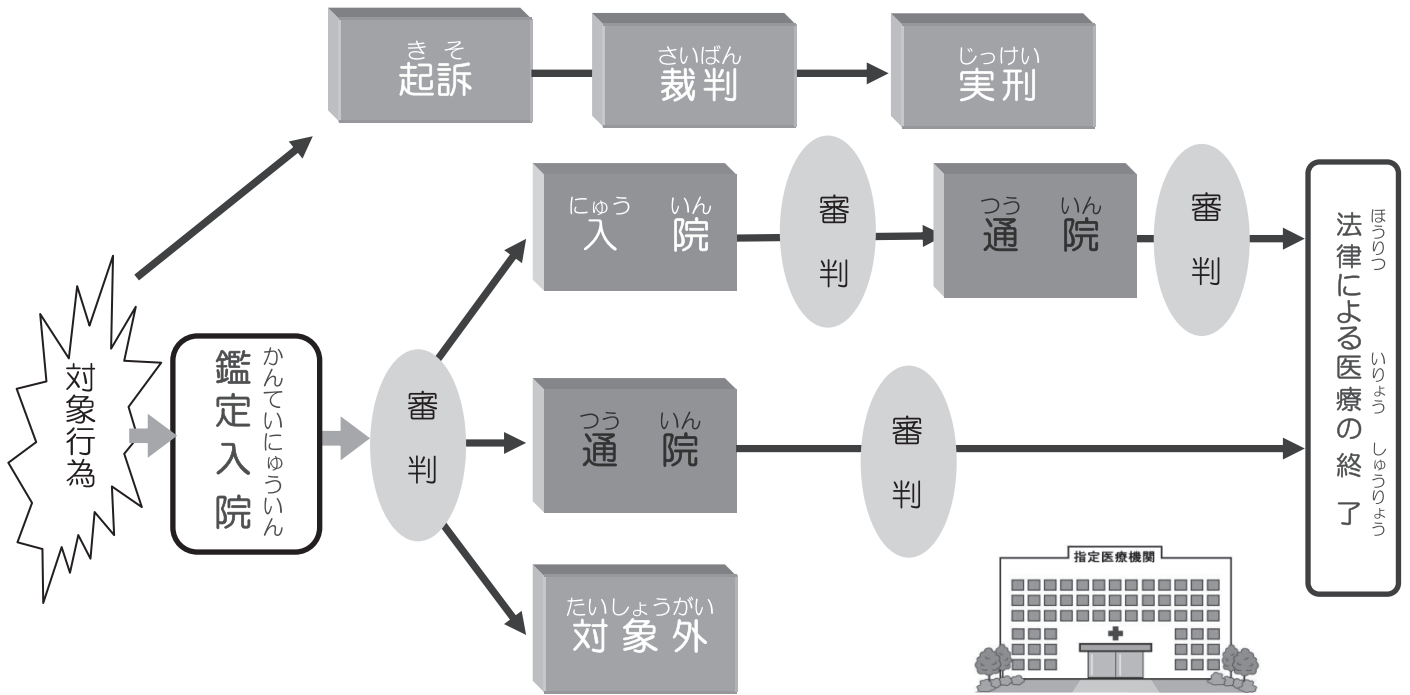
りんしょうしんりぎじゆつしゃ  
臨床心理技術者： \_\_\_\_\_

デイケア： \_\_\_\_\_

しゃかいふっ きちようせいかん  
社会復帰調整官： \_\_\_\_\_

たんとう ちゅうしん ほんにん ちりょう かぞく こま  
この担当チームが中心となって、ご本人の治療やご家族の困って  
いることなど、色々な相談についてサポートします。

# いりょうかんさつほう なが 医療観察法の流れ



## つういんちゅう かか ひと やくわり 通院中に関わる人たちの役割

医師：定期的な外来診療を行います。

精神保健福祉士：患者さま、ご家族さまの心理・社会的な問題の解決・調整を援助し、社会復帰の促進を支援します。

臨床心理技術者：患者さまにあった心理面接を行い、必要に応じて心理プログラムも行います。

保健所：患者さま、ご家族さまからの相談に応じ、訪問指導等の地域ケアを行います。

社会復帰調整官：患者さまの生活に関するコーディネーターとなります。

定期的に関係者を集めてケア会議を開催します。

このケア会議で患者さまの治療・ケア計画をたてます。

# 通院される方の権利と義務などについて

## ① 抗 告

裁判所の通院決定に不服がある時は、決定があつてから2週間以内に抗告をすることができます。ご家族がすることもできます。

## ② 処遇の終了の申し立て

この制度による医療を終了したい場合は裁判所に申し立てをすることができます。ご家族がすることもできます。

## ③ 通院処遇（通院医療）を受ける義務

あなたには上記の抗告をした場合も含め、通院処遇をきちんと受ける義務があります。病院スタッフ、社会復帰調整官、地域の関係機関職員等と相談しながら、地域での生活を継続してください。

## ④ 通院処遇（通院医療）の期間

通院処遇期間は、あなたが裁判所により通院処遇の決定を受けた日から、原則3年間とされています。

ただし、あなたの治療への積極的な意欲や病状、病識の改善、あなたへの支援体制の状況によっては、通院処遇期間が短縮されることもあります。この場合は、指定通院医療機関を中心とした関係機関の意見などを参考として、保護観察所が裁判所に申し立てを行い、裁判所が判断することになります。

また、3年を経過する時点で、なお通院処遇の必要があると認められる場合には、裁判所の判断により、2年を超えない範囲で、期間を延長されることがあります。

※ 上記以外にも通院中のことで分からないことがあれば、

担当チームのメンバーに相談してください。



『通院導入ハンドブック』編集委員会

《総監修》

岩成 秀夫 神奈川県立精神医療センター

《監修》

三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター病院

石井 利樹 神奈川県立精神医療センター芹香病院

《委員》

市田 晋也 大阪保護観察所

高木 善史 茨城県立こころの医療センター

藤嶋 亨 磯子区精神障害者生活支援センター

松本 高成 熊本保護観察所

《作成協力》

赤須 知明 総合病院国保旭中央病院

安藤 久美子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

岩間 久行 神奈川県立精神医療センター芹香病院

籠本 孝雄 大阪府立精神医療センター

香山 明美 宮城県立精神医療センター

川副 泰成 神奈川県立精神医療センターせりがや病院

川原 稔 大阪保護観察所

菊池 安希子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター

佐賀 太一郎 法務省保護局総務課精神保健観察企画室

白戸 雅美 新潟保護観察所

高橋 昇 国立病院機構花巻病院

土井 永史 茨城県立こころの医療センター

津梅 雅義 水戸保護観察所

鶴見 隆彦 厚生労働省社会・援護局総務課

原澤 祐子 神奈川県立精神医療センター芹香病院

正岡 洋子 大阪府立精神医療センター

三浦 香織 盛岡保護観察所

嶺 香一郎 福岡保護観察所

望月 和代 横浜保護観察所

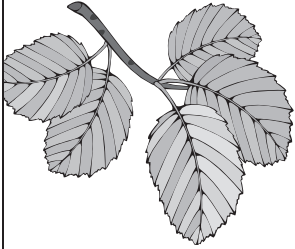
美濃 由起子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

厚生労働科学研究 障害者対策総合研究事業  
「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」

主任研究者：中島豊爾

「通院医療モデルの構築に関する研究」

分担研究者：岩成秀夫



■『通院導入ハンドブック』第1版 2012年3月改編版



## 5.「通院ワークブック」〔抜粋版〕

※指定通院医療機関での施行を想定した「疾病教育」、  
「病気と対象行為の関係の理解」などの治療プログラムを掲載



# 「通院ワークブック」 の使い方





# 「通院ワークブック」の使い方

## I 「通院ワークブック」の開発経緯

近年、医療観察法指定通院医療機関から寄せられる声の一つとして、「通院対象者の専用治療プログラムがないのを何とかして欲しい」という要望がありました。いわゆる移行通院の対象者は、入院処遇中に、制度説明、疾病教育、内省プログラム、各種認知行動療法等を経てきているため、通院処遇にも比較的乗りやすいが、直接通院の対象者では、何の治療プログラムも受けていないため、そのままでは病識や治療の継続性、内省洞察に問題を抱えやすいというのです。

これに対し、現在の通院処遇の体制では、特別の治療プログラムを実施するのは困難なのではないかという懸念もありました。しかし実際には、対象者にあわせて個別にプログラムを提供している通院医療機関も存在しています。そこで、平成23年度「通院医療モデルの構築に関する研究」班(岩成班)では、通院処遇プログラムのニーズが最も高い、「治療プログラムを提供したいが、何からやってよいかわからない」「標準的に使えるプログラムが欲しい」という医療観察法スタッフ向けに、対象者本人と取り組めるワークブックを作成することとしました。

## II 通院ワークブックの対象

ワークブックの名称は、直接通院者と移行通院者の両方に使えるよう、「通院ワークブック」としてはいますが、主たる使用者は、直接通院者を想定しています。移行通院者の場合は、入院処遇中に行ったプログラムの復習をすることが多いと考えられます。

## III 通院ワークブックの内容

研究班で検討した結果、標準的な通院処遇プログラムに推奨される内容としては、以下の4つがあると考えられました。

必須 ①医療観察法の制度説明

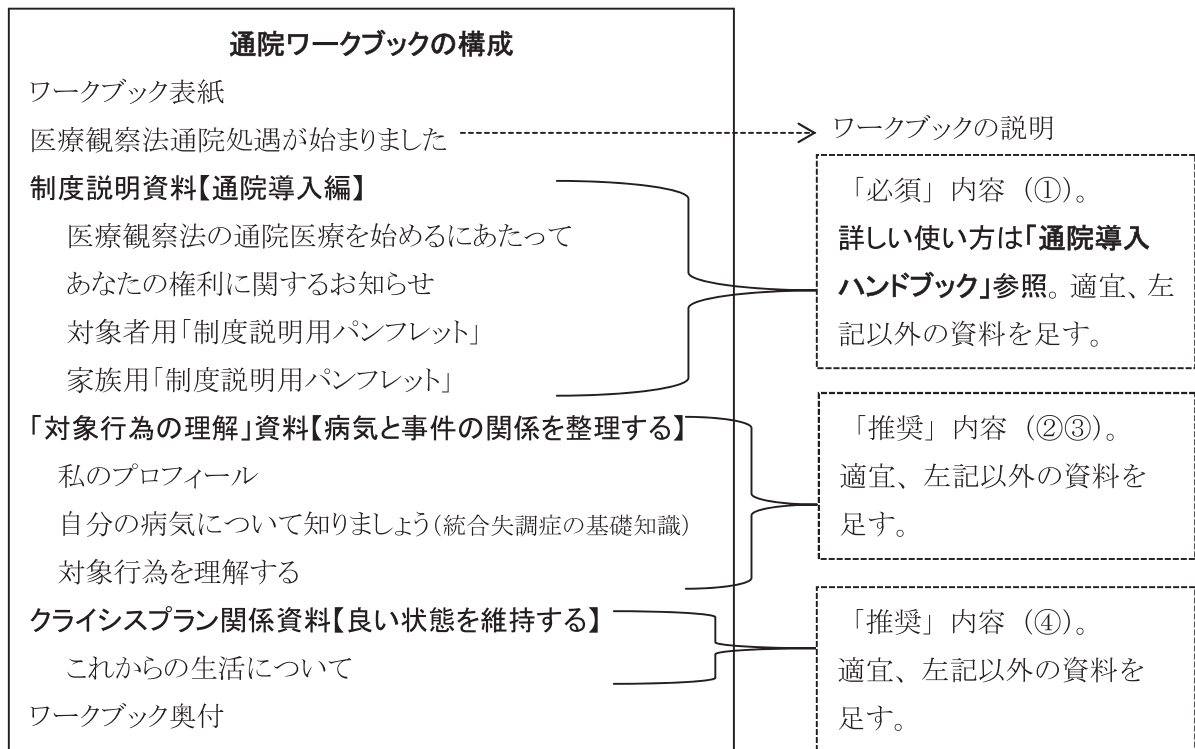
推奨 ②疾病教育(まずは対象者の約8割を占める統合失調症の疾病教育)

推奨 ③病気と対象行為の関係の理解(対象行為の内省として)

推奨 ④クライシスプラン(再発予防)

上記のうち、「必須」とされている①は、どの指定通院医療機関でも必ず行うことが望ましい内容です。「推奨」の②-③は、各機関の余力と対象者のニーズに応じて、提供することが推奨される内容となっています。

## IV 通院ワークブックの構成と使い方



配布した通院ワークブックは、全て印刷して冊子として使用することも可能ですが、対象者のニーズやスタッフの余力に合わせて、綴じる資料を増やしたり、減らしたりしてご使用することをおすすめします。(ファイルの編集は自由です。)

- 例) 制度説明をするのが精一杯→制度説明以外の資料は省略。後日配ることもありえる。
- 例) 制度説明をもっと充実したい→「通院導入ハンドブック」から、他の資料を利用する
- 例) 病院で使い慣れた疾病教育資料がある→「自分の病気について知りましょう(統合失調症の基礎知識)」と差し替える
- 例) 対象者は病気があることは認めているが、対象行為について話すのを拒否している→当面は「制度説明資料」「自分の病気について知りましょう」「クライシスプラン関係資料」のみ使用して「対象行為を理解する」は使わない
- 例) 処遇実施計画の見直しのために、早急にクライシスプランが必要→制度説明の後にすぐ「クライシスプラン関係資料」に取り組む
- 例) 通院ワークブックに最初から順にとり組んできたが、最後のクライシスプランのまとめシートが使いにくい→使いやすいシートを作成して使う

通院ワークブックを当面使わない場合でも、通読することで、通院対象者の受け入れ以降に行う心理社会的介入のイメージ作りに役立ちます。

## V 「対象行為の理解」資料のつかい方

対象行為に対する内省を促す働きかけは、医療観察法ならではの介入です。内省については様々な取り組みがなされており、指定入院医療機関では、独自のプログラムも開発されていますが、重厚な内省プログラムを通院処遇で使用することは容易でないことが指摘されてきました(トレーニングを受けたスタッフの不足等)。そこで通院ワークブックでは、内省を「病気と対象行為の関係の理解」と限定的にとらえ、その範囲で対象者に働きかける構成にしました。担当職種は決まっていますが、日常的に認知や感情を扱っている臨床心理技術者に最もなじみ深い内容となっています。(注:制度運用の説明については、「通院導入ハンドブック」をご参照ください)

### 1. ワークシートについて

「対象行為の理解」資料は、ワークシート形式ですが、記入が対象者の負担になることがあります。その場合は、項目を見ながら語ってもらうことを中心として、適宜、本人に覚えておいてもらいたいポイントを口頭で簡潔に伝え、その場で記入してもらうなどの工夫をするとよいでしょう。

### 2. 各資料のポイント

**「私のプロフィール」**…関係構築を目的としたワークシートです。本人から見た主観的な過去をスタッフと共有できる関係性を育てるための作業を提供します。こうした関係性の基盤があって初めて、協働して対象行為を理解していくことが可能になります。(過去の情報については、鑑定書などの側副資料が利用できます。)

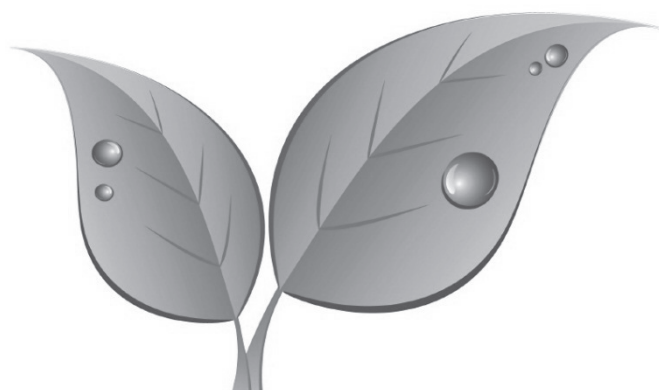
**「自分の病気について知りましょう(統合失調症の基礎知識)」**…病気と対象行為の関係について理解するためには、病気についての理解が必須です。用語で混乱していないか、スティグマは強いのか、自分の体験につながる症状理解ができているか、等に配慮しながら進めます。この資料だけでなく、ワークブックを通して症状理解に関連する内容が、何回も出てきます。これは症状の理解は簡単ではないため、理解を深めるには、繰り返しが重要だからです。

**「対象行為を理解する」**…ホームワークにせず、「その場で語り、記入」を繰り返して進めます。

- 「ふだんの自分」と「対象行為時の自分」の対比により、対象行為時には「普通でなかった」感覚をもちやすくなります。明瞭な陽性症状が無い場合に特に役立ちます。
- 引き金の理解。後のクライシスプランの作成につながります。
- 精神病では知覚異常があり、判断力が低下することの情報提供。対象者が当時、病識をもてなかったことをノーマライズすることにもつながります。
- 精神病症状と他害行為の間に介在する認知は、介入ターゲットになることがあります。例えば、暴力肯定的な認知や「苦境に際して人に相談しない」傾向が介在していることもあります。
- 対象行為からは、後悔や罪悪感だけでなく、将来の自分を導いてくれる学びを自覚できるように援助します。

文責：菊池安希子（国立精神・神経医療研究センター）

医療観察法  
通院ワークブック



氏名 \_\_\_\_\_

# 総目次

1. 医療観察法通院処遇がはじまりました……………1
2. 「対象行為の理解」資料【病気と事件の関係を整理する】……………15
3. 自分の病気について知りましょう【統合失調症】……………22
4. 対象行為を理解する……………29
5. 「クライシスプラン」関係資料【良い状態を維持する】……………43



## 医療観察法通院処遇がはじまりました

医療観察法というのは、「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」の略称です。この法律の名前をなるべく普通の言葉に言い直すと、以下のようになります。

精神の病気に大きな影響を受けて

人を傷つける重大な行為をしてしまった人に対して

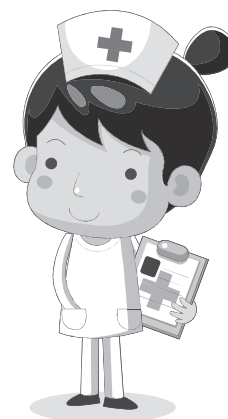
その精神の病気の治療を行うことで、同じような事件が起こらないようにし、

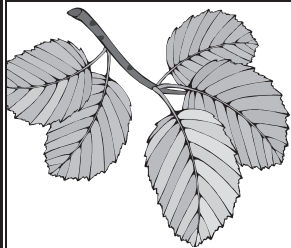
無事に社会復帰がすすめられるように専門的な見守りを行うための法律

医療観察法通院処遇というのは、この医療観察法のもとで行われる、一定の期間にわたる通院治療と専門的な見守り(精神保健観察)をさします。ですから、ふつうの精神科の通院(精神保健福祉法による通院)とは仕組みがちがいます。仕組みのちがいをよく理解した上で、病気の治療を続け、地域の中での安定した生活を築き上げていきましょう。

このワークブックには、あなたが医療観察法の通院をすすめて行く上で 重要な各種の書類が、少しずつ付け加えられていくことになります。必要な書類は、一人一人ちがいますので、担当のスタッフが、あなたの状況にあわせたものを選んで渡してくれます。大事な書類がバラバラになってしまわないよう、このファイルに入れておきましょう。

わからないことは  
何でも  
質問してくださいね



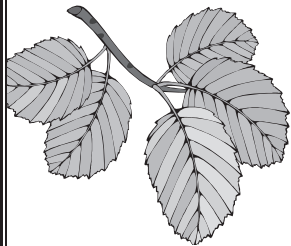


# 「対象行為の理解」

## 資料

【病気と事件の関係を整理する】





# 「対象行為の理解」資料

## 【病気と事件の関係を整理する】

### 目次

- ◆「私のプロフィール」
- ◆「自分の病気について知りましょう」  
(統合失調症の基礎知識)
- ◆「対象行為を理解する」



\*\*\*\*\*

## 私のプロフィール

\*\*\*\*\*

通院処遇は、始まったばかりですが、安定した社会生活を続けていくためには、支援スタッフと一緒に具体的な治療計画を作り、その計画に基づいた生活と治療を継続していくことが大切です。

あなたの精神の病気や対象行為は、ある日、突然に生じてしまったものではなく、生活の中で徐々に準備されていったものです。したがって、これまでのあなたの生活を振り返り、その中に病気や対象行為に結びついた要因を見つけておくことが必要となります。

また、あなたの生活の中には病気や対象行為の予防につながる様々なヒントも隠されています。それはあなた自身の強みであったり、あなたを助けてくれる周囲の人たちであったりします。治療計画を作るときにはそれらを取り入れていくことも大切です。

あなたはこれまでいろいろな体験を重ねてきました。とても良い思い出となっている体験もあれば、思い出したくないつらい体験もあるでしょう。それらはどれも現在のあなたを形作っている大切な資産となっています。

通院処遇を続けて行くにあたって、これまでの自分自身のことを振り返り、自分というのはどういう人であるのかを確認してみましょう。この自己確認の作業は、今後の安定した社会生活を送っていくための第一歩となるでしょう。

ここで行う自己確認や振り返りは、通院処遇が始まり、生活がある程度落ち着いてからはじめましょう。病院に通院したときに、精神保健福祉士や臨床心理士の人と一緒に、ゆっくりと進めてください。取りかかりやすいところから初めて結構です。また、ときどき読み返してみるのもよいでしょう。

### 1. 自分はどんな人？

初めに、今のあなた自身のことを再確認してみましょう。あなたはご自分をどう思っていますか？

- ・趣味
- ・得意なこと
- ・苦手なこと
- ・自分の良いところ・好きなところ
- ・自分の悪いところ・嫌なところ

・性格：

## 2. 私の家族

あなたは両親から育てられ、その他の家族の影響も受けながら成長してきました。また、あなたも家族にいろいろな影響を与えてきました。このようにあなたと家族は互いに影響を及ぼしあいながら、家庭を作り、自分自身を作ってきたのです。

そこで、あなたからみた家族はどんな人か、性格とか思い出などを書いてみましょう。

・父親：

・母親：

・他の家族：

・家族の中で、今後、あなたが頼りにできそうな人は誰ですか？また、それはなぜですか？

## 3. 病気といわれて

あなたは地方裁判所の決定により、医療観察法による通院処遇(通院医療)を受けることになりました。地方裁判所がそのように決定したのは、あなたが精神の病気を持っており、その影響を受けて重大な他害行為(対象行為)を行ったこと、そして再び同様の他害行為を行なうことなく、安定した社会生活を送るためには、精神の病気の治療が必要だと判断したからです。

・地方裁判所の審判で、あなたはどんな精神の病気をもっていると言われましたか？

・精神の病気といわれて思うことは？

・精神の病気をもっている自分には、どんなことが起こっている(起こっていた)のでしょうか？

・それが起こった理由は何だと思えますか？現在のあなたの考えを書いてみましょう。



#### 4. 対象行為(事件)について思うこと

通院処遇の目的の一つは、対象行為(事件)と同様の他害行為の再発を予防することです。そのためには対象行為の事実を受け止め、なぜ対象行為が起きてしまったのか、再発を予防するためにはどうしたらよいかということをも具体的に考えていく必要があります。その作業は、後ほど、あらためて行うこととなりますが、ここではその準備として、対象行為についての現在のあなたの考えをまとめてみましょう。

< 事件の経過 >

- ・前ぶれ
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・きっかけ
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・事件の状況
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・事件の結果に思うこと

#### 5. 通院処遇になって

あなたは地方裁判所の決定により、通院処遇が義務づけられました。この通院処遇という決定を、あなたはどのように受け止めていますか？

#### 6. これまでの私

小さいときから、現在までの自分のことを振り返ってみましょう。あの頃の自分はどんな生活をしてきたのか、どんな思い出があるのかなどを書いてみましょう

- ・小さい時
  
  
  
  
  
  
  
  
  
  
- ・小学校時代

・中学校時代

・10代後半

・20歳を超えて

・これまでのあなたの生活で、最も良かった時期はいつごろでしたか。そして、そのように思うのはなぜですか？

・最も辛かった時期はいつごろですか。そして、そのように思うのはなぜですか？

・自分の生活を振り返ってみて、今後も大切にしていきたいと思ったことは何ですか？

・自分の生活を振り返ってみて、改めていきたいと思ったことは何ですか？

## 7. 暴力と自分

過去に、自分が他の人から暴力を受けた体験(被害体験)は、長く心に残り、その後の対人関係に大きな影響を及ぼします。

あなたがこれまでに他の人から暴力を受けたことがある場合、いつ頃、誰から、どのような暴力を受け、それに対して自分はどうしたか、どのような影響を受けたかを書いてみましょう。つらくて思い出したくない場合には、後回しにしても結構です。

あなたはこれまで他の人に暴力をふるったことがありますか？あるとすれば、いつ頃、誰に対して、どのような暴力をふるい、それによって相手はどのような害を受けたのか、また自分はどのような影響を受けたかを書いてみましょう。(対象行為以外の暴力について書いてください)

## 8. アルコールや薬物の使用

アルコールや薬物の使用は、暴力を生じさせる要因として最も重要なものです。そこで、あなたのこれまでのアルコールや薬物の使用歴を整理してみましょう。いつ頃から、何を、どの程度(量)、どのくらいの頻度で使用しましたか？(スタッフが準備した質問用紙にもこたえてみましょう。)

・あなたはアルコールや薬物使用による問題を持っていると思いますか？

・今後のアルコールや薬物使用について、あなたはどのように考えていますか？

### 今後に向けて .....

ここまでいろいろな面から自分自身のことを振り返り、再確認してみました。思い出すのが嫌だったこともあったかもしれません。今まで忘れていた大切なことを思い出した人もいるかもしれません。

過去のことを振り返り、自分自身のことを確認するのは、過去に学び、未来に生かしていくためです。ここまで行ってきた作業は、今後の治療にきっと役立つことでしょう。

この先、自分のことが分からなくなったときは、読み返してみましょう。また、自分について新しい気づきがあったときには、そのことを該当する部分に付け足していきましょう。



# 自分の病気について知りましょう

あなたの病名は何ですか？

「精神の病気」は、「脳をはじめとした神経系に生じた病気」のことをさします。医療観察法制度の対象となる人が抱えている精神の病気の中で、最も多いのが、「統合失調症」という病気です。全体の8割強くらいになります。その他にも、「双極性障害」や「物質使用障害」「器質性精神障害」など、いろいろなタイプの精神の病気を抱えた方が、制度の対象となっています。

どの病気の名前も、あまり聞いたことがないかもしれません。精神の病気について、学校の保健体育で習った人はまだいいほうで(そういう人はめったにいません)、ふつうは、たまたま身近にその病気をもっている人がいたなどの場合以外は、くわしいことは知らないものです。知られていないからか、まちがった極端なイメージを持って、精神の病気をやみくもに嫌ったり、怖がったりする人もいます。しかし、病気なので、回復のために必要なのは、「自分の病気」についての**正しい知識**と**適切な治療**であることは、身体の病気と何も変わりません。ぜひ、自分の病気についての正しい知識を身につけるようにしましょう。

## 精神の病気の特徴

身体のケガや痛みなら・・・



脳で「それについて」考えやすいので客観的になりやすい

脳に起きた不調は・・・



自分の脳で「『自分の脳におきた不調』について考える」のは、むずかしい！

# 統合失調症の基礎知識

## ポイント

- 統合失調症は、国や文化に関わらず、およそ 100 人に 1 人がかかる
- 思春期に発症しやすく、疾病の管理を必要とする慢性疾患である
- 症状には幻覚・妄想、陰性症状、認知機能障害などがある
- 病気だと自覚しにくい（病識を持ちにくい）病気である
- 治療は、薬物療法と心理社会的治療を組み合わせで行う

統合失調症は、精神の病気の一つです。症状によって知覚や思考に影響が出るために、病気が悪いときには、現実と現実でないものの区別がつきにくくなり、気分をコントロールしたり、計画を立てたり決断したりすることが難しくなります。発症した後は、長期にわたって病気の管理を必要とする**慢性疾患ですが、科学的に実証された治療法が存在します**。患者本人が、治療に積極的に関わることがその予後に大きな違いをもたらす病気です。

## 【どのくらい一般的な病気？】

- ・ 特殊な病気ではありません：100～120 人に 1 人の割合
- ・ 思春期～青年期に発症することが多い：10 代後半～30 代頃

## 【何が原因でなるの？】

この病気は複雑な要因がからみあって発症します。

生まれながらの素因（ストレスに対するもろさ）を超えるストレスがかかることが発症のきっかけになると言われています。

遺伝：遺伝子が同じ一卵性双子が統合失調症になる場合の一致率は 48% です。遺伝だけでは発症を説明できません。

環境：移民や都市部に生活している人では、有病率が高いようです。ストレスや環境の影響が大きいからだとされています。

薬物：大麻や覚醒剤などの違法薬物の使用が統合失調症の発症の危険を高めることを裏付けるデータがあります。





### 【どんな症状があるの？】

統合失調症の症状の組み合わせは、人によってずいぶんとちがいます。「同じ病名の人々の症状を聞いたら自分とまったく違っていたので診断が間違っているのではないか」と心配する人もいますから、このことを覚えておくことは大事です。また、この病気は自分が病気であることを自覚しにくいことが特徴の一つです。

経験したことのあつた症状には、□にチェックをつけましょう。

#### 陽性症状

- 幻覚—現実には存在しないものが存在しているように知覚されること。  
□幻聴(声など)、□幻視、□幻臭、□幻味、□体感異常 など
- 妄想—根拠が足りないのに高い確信を持って信じられている信念。他の可能性をうけつけられない状態。妄想にはいろいろなテーマがあります。  
□被害妄想(追われている、監視されている、毒をもられてる、等々)  
□関係妄想(噂されている、放送されている、メッセージを送られる)  
□誇大妄想(自分は有名人だ、重要人物だ、大金持ちだ)

#### 陰性症状

もともとあつた感情や元気が失われる(マイナスになる)状態です。

- 意欲がなくなる
- 感情が動かなくなる
- 人やものごとに関心がなくなる
- 考えや動作がゆっくりになる
- 孤立する など

#### 認知機能障害

この障害は、幻覚・妄想がおさまってからも続きやすく、生活しづらさの原因となります。

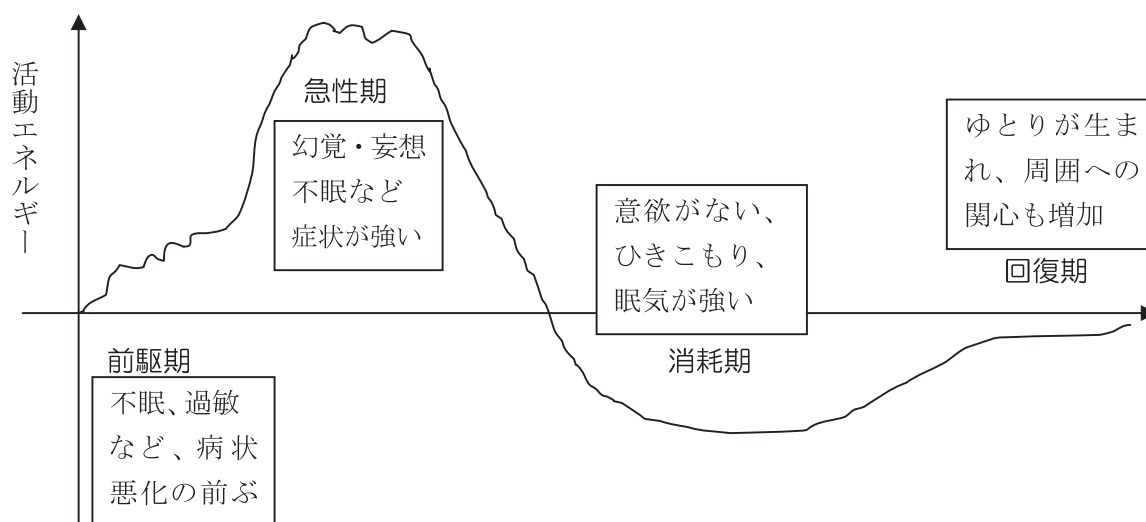
- 集中力がなくなる(本を読めなくなるなど)
- 記憶力が落ちる(さっき話していた内容を忘れるなど)
- 問題解決の力が落ちる(何から順にとりくめばよいのかわからなくなるなど)

その他： □不眠 □落ち込み □不安や恐怖 □イライラ

他にも経験した症状がありますか？

### 【病気はどんな経過をたどるの？】

統合失調症の病状の経過は「前駆期」「急性期」「消耗期」「回復期」の4つに分けられます。



(「SST と心理教育」中央法規出版を参考に作成)

**前駆期**：再発の前ぶれが出てくる時期です。早めに気がつき、対処すれば、再発を防いだり、苦痛を軽くしたりすることができます。主治医に相談し、過労や睡眠不足に注意して生活しましょう。

**急性期**：症状が激しく、落ちついて考えることも難しい時期ですので、静かな入院環境が必要となることも多いでしょう。入院を怖がるよりは、スタッフと相談しながらうまく利用しましょう。

**消耗期**：急性期の激しい症状のあとで、脳も身体も疲れています。元気が出なくて当然の時期ですから、あせらずにゆっくりと養生しましょう。

**回復期**：少しゆとりが出てきて、活動に関心が出てきたら、リハビリテーションに取り組む時期です。身体も動かすようにしましょう。

あなたが今いるのは、どの時期ですか？○で囲んでみましょう。

前駆期

急性期

消耗期

回復期

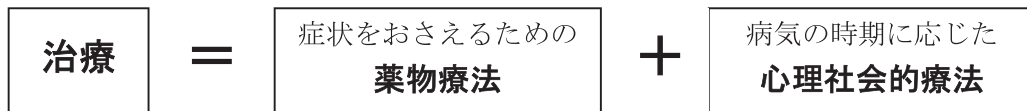
### 【長期的にはどうなるの？】

統合失調症は治療をはじめてすぐに治る病気ではありません。個人差はありますが、急性期症状が落ち着くまでも、数ヶ月から半年はかかります。また、発症して5年間で見ると、約8割の人が1回以上の再発を経験するようです。特に発病後5～10年のあいだは再発がみられやすく、その後はあまり再発しなくなるといわれています。

統合失調症の人たちを発病後30年間追跡した研究によれば、25%の人はほとんど

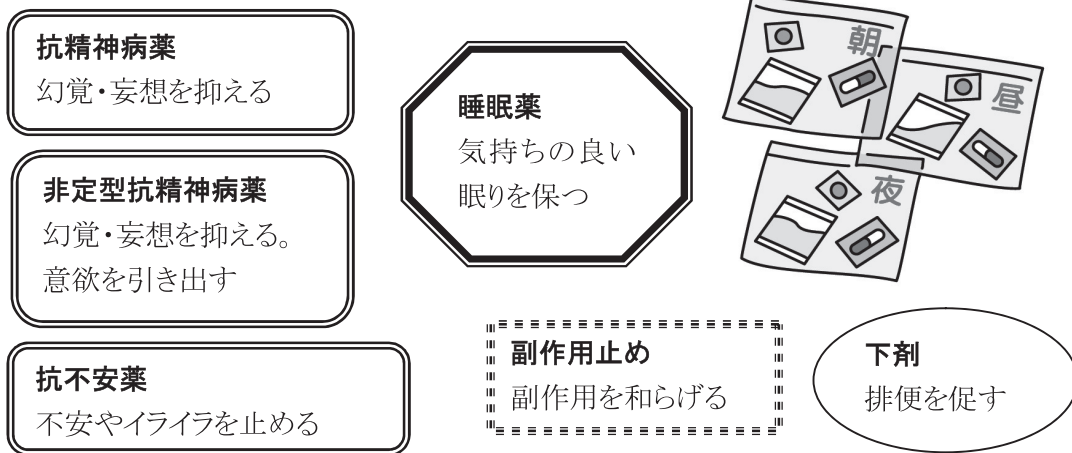
症状がなくなって自立した生活をおくっていました。50%の人は時々通院して、援助を受けながら仕事をしたり結婚をしたりして半自立～自立した生活をしていました。残り25%の人は重い症状を抱えつつ、生活していました。長期経過は人により異なりますが、回復するためには治療を続けることが大切です。

【どんな治療があるの？】



**薬物療法：**幻覚・妄想をおさえるのが抗精神病薬です。ドーパミンという神経伝達物質の働きを調整して、活発になりすぎた脳の働きを調整します。薬を飲むことで、回復に必要な睡眠と休養が取れるようになります。

薬の種類



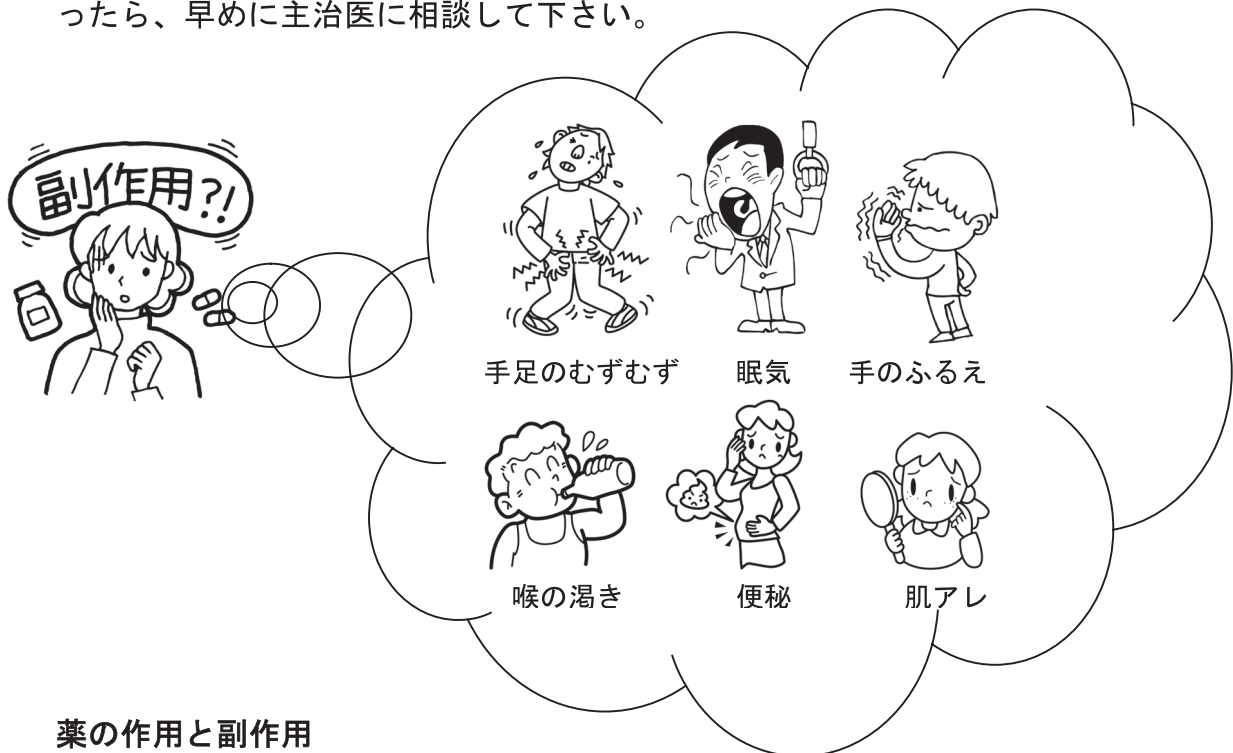
今、飲んでいる薬は、何という薬ですか？どのような効果がありますか？

あう薬の種類や量がすぐに見つかるとは限りません。見つかるまでは、主治医と一緒に試行錯誤をする必要があります。自分の薬の効果と副作用について理解し、のんでみてどうかを主治医に伝えましょう。病気がよくなってきて、前と同じ量では多すぎるようになることもありますし、医学の進歩によって新しい薬が出てくることもあります。その都度、主治医と相談しながら、自分にとってのベストの処方を探していくことが大切です。(主治医にうまくいえない場合は、他の職種に相談しましょう)。

薬を勝手に飲まなかったり、混ぜたりすると、医学的判断がむずかしくなりますから、処方どおりにのんだ結果を報告しましょう。

### 副作用について

同じ薬でも人によって副作用の出方は違います。「もしかして副作用?」と思ったら、早めに主治医に相談して下さい。



### 薬の作用と副作用

#### 作用

- 幻聴が減る
- 気分が落ち着いてくる
- 混乱が減ってくる
- 意欲が出てきた
- 気分が良くなってくる
- 夜に眠れるようになる
- ( )
- ( )

#### 副作用

- のど・口が渴く
- 尿が出にくい
- 便秘
- 手足がこわばって動かさない
- 舌がこわばって動かさない
- 手足がふるえる
- 落ち着かずじっと座ってられない。
- 体重が増える
- 眠くなる
- ( )

## 【心理社会的療法】

薬物療法も万能ではありません。アメリカの調査によれば、数種類の抗精神病薬を使ってもほとんど効かなかった人が10～30%いて、薬が効いた人の中でも30%は効き方が十分でなかったと報告されています。薬物療法の主な効果は、症状を抑えることですから、さらに、自立して暮らしたり、働いたりして、地域における生活を築いていくためには、心理社会的療法が役立ちます。心理社会的療法には、いろいろな種類があり、担当する職種もさまざまです。

### 心理社会的療法の例

心理教育  
デイケア  
作業療法  
認知行動療法  
認知リハビリテーション  
社会生活技能訓練  
職業リハビリテーション  
援助付き雇用  
各種心理プログラム

### 医療観察法で

#### 心理社会的療法を担う人たち

- ・社会復帰調整官
- ・保健所や精神保健福祉センターなど地域機関の人たち
- ・主治医
- ・看護師
- ・作業療法士(OT)
- ・臨床心理技術者
- ・精神科ソーシャルワーカー(PSW)

## 【もっと知りたい人のための役立つ本やサイト】

ウェブサイト：

統合失調症情報局 すまいるナビゲーター <http://www.smilenavigator.jp/>

JPOP-VOICE 統合失調症と向き合う <http://jpop-voice.jp/schizophrenia/index.html>

本やマンガ：

「統合失調症 正しい理解と治療法 (健康ライブラリーイラスト版)」(講談社)

「マンガでわかる 統合失調症」(日本評論社)

「マンガでわかる はじめての統合失調症」(エクスナレッジ)



# 対象行為を理解する

## I 対象行為にいたる6段階

「対象行為のことなんて思い出したくもない」「すんでしまったことを考えても何もならない」・・・そんな風に考える人がいます。しかし、考えないように、考えないように、しているまさにそのことが、私たちに影響を与え続けることがあるのです。特に大きな出来事の場合は、あてはまります。同じことを繰り返さないために、過去から学ぶことが多くあります。

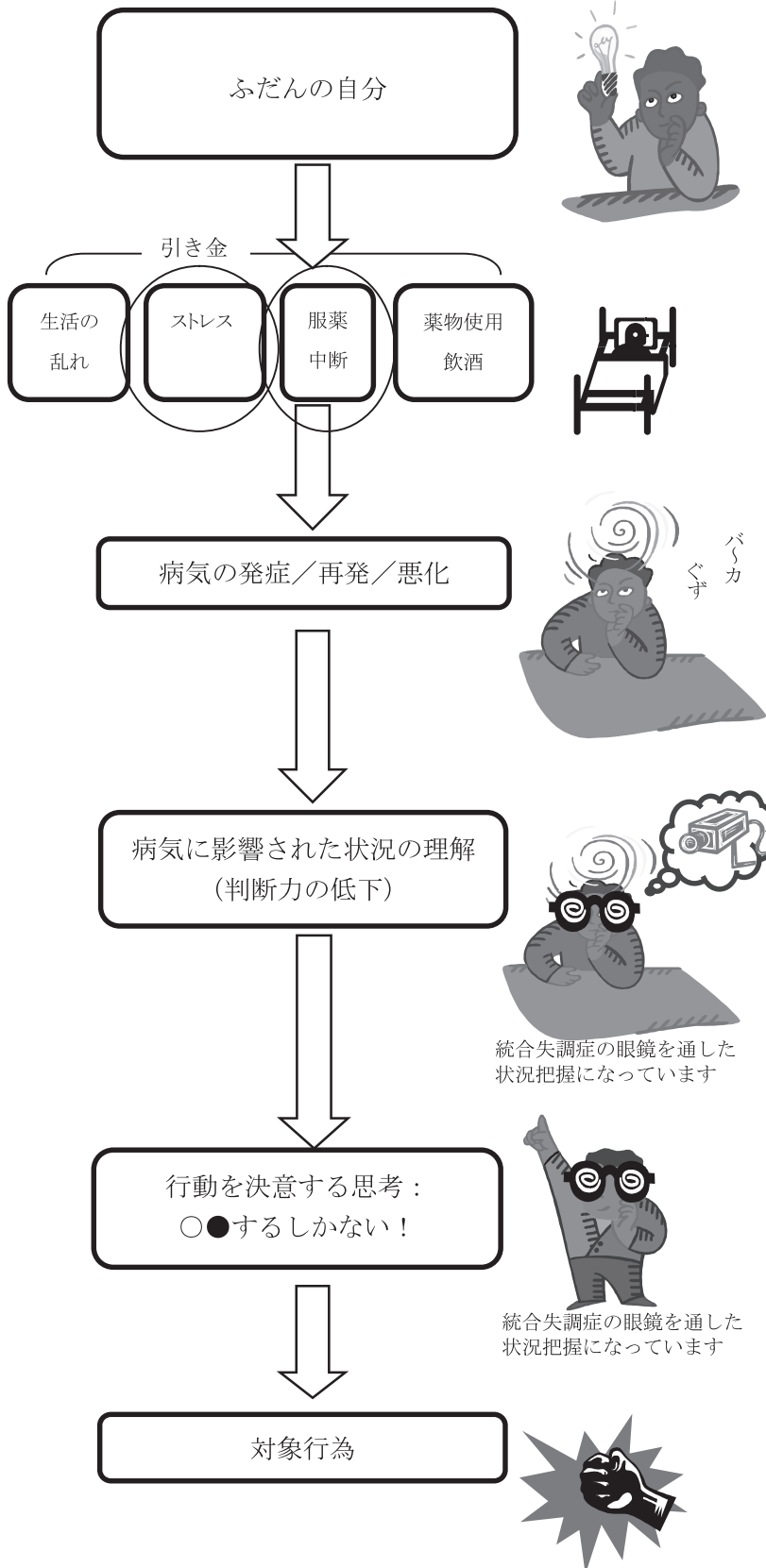
対象行為がどのように起こったのかを落ち着いてふりかえることは、通院処遇の重要なステップです。特に、**病気がどのように関係してきたか**について知ることが大事です。そうすると「全部自分が悪かった」とか「全部〇〇が悪かった」といった、極端な理解の仕方ではなく、いろいろな要因が積み重なって、対象行為が起こったことがみえてくると思います。**未来の自分を大切にするために、丁寧にとりこんでください。**

この章では、もう一度、対象行為をふり返ります。心も身体も落ち着き、病気についての知識をえた今なら、何が起こっていたのかを、新しい角度から、じっくりと見直すことができると思います。それは、今後、地域で生活を続けていく際に、気を付けるポイントを教えてくれることでしょう。

本章では、最初に、A 男さん、B 子さんの例を通して、対象行為にいたる6段階について学びます。その後、あなたの場合はどうだったのかを、整理していくことにしましょう。



## A男さんの場合



A男さんは、26歳の時に統合失調症にかかりましたが、精神科の薬が効き、症状もおさまったので、通院しながら事務の仕事を始めました。



仕事が忙しかった男さんは通院が面倒になり、やめてしまいました。しばらくは体調もよかったです。段々と夜、眠れなくなってきたのです。



そのうち、職場で同僚たちが自分の悪口を言う声が聞こえてきました。(実は幻聴なのですが、あまりにリアルなのでA男さんには本当としか思えませんでした)。



統合失調症の眼鏡を通した状況把握になっています

仕事中に休憩をとっていると、「怠け者」と聞こえてきます。Aさんは「監視カメラで見張られている」「会社の連中はグルだ」「嫌がらせをされている」と確信しました。



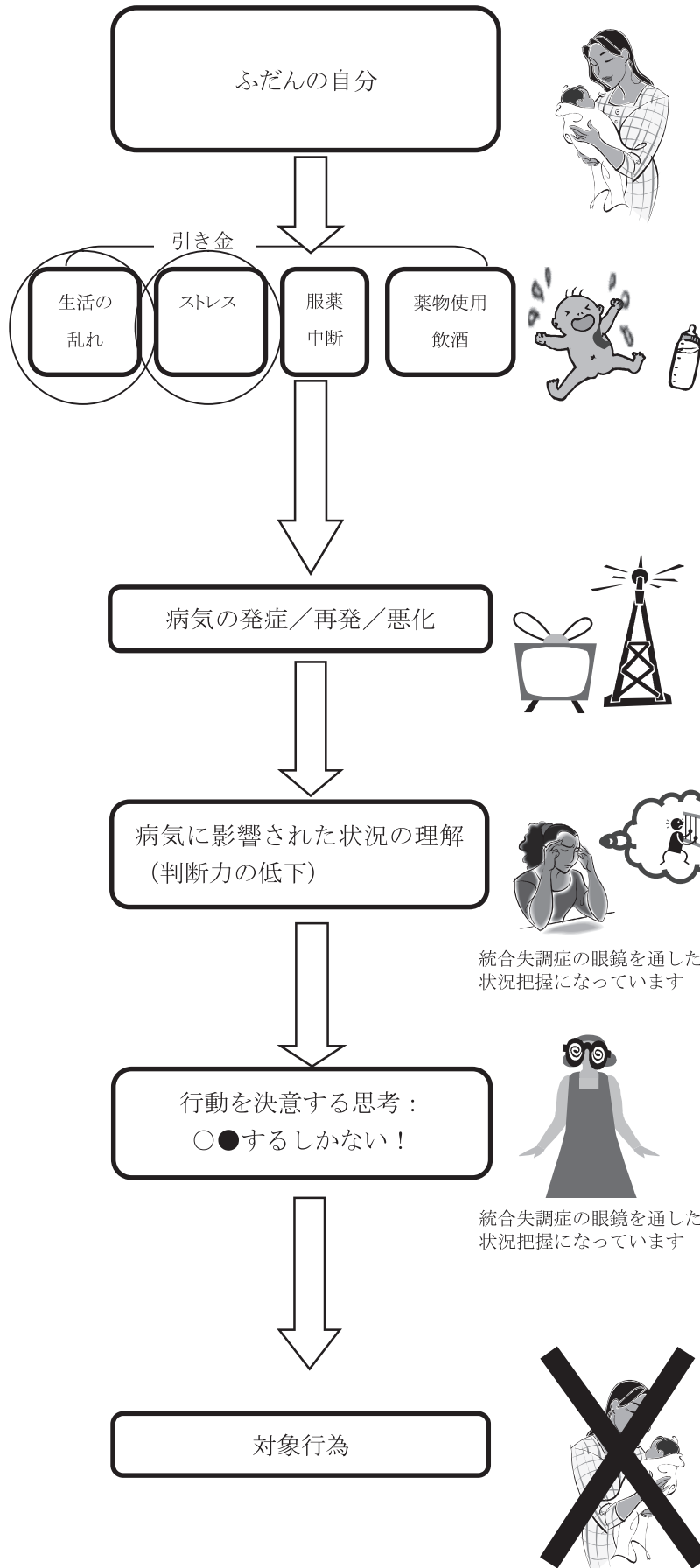
統合失調症の眼鏡を通した状況把握になっています

その後、Aさんは同僚を観察していて、自分に対する嫌がらせの首謀は社長だと気づきました。そして「自分はやられっぱなしの人間ではないことを示すしかない」と考えたのです。



耳元から「できるもんか」という声がする中で、思いあまったAさんは、そのまま社長に殴りかかったのです。

## B 子さんの場合



30 才で B 子さんに、待望の子供が生まれました。夫は仕事で毎晩遅く、実家も遠かったので、真面目でがまん強い B 子さんは、なるべく人に頼らず、子育てを頑張っていました。

赤ちゃんは夜も昼も泣いてばかりです。睡眠不足で疲れ切った B 子さんは、ふさぎ込むようになりました。赤ちゃんのお腹には生まれつきのあざがあり、そのことにも罪悪感を覚えて「自分は母親失格」と思うようになりました。

テレビで B 子さんの虐待についてのニュースが流れ始めました。子供のあざは「不治の病」の印だったのです。(実は幻聴と妄想だったのですが、B 子さんはそれを知る由もありません)。

B 子さんは「自分は逮捕され、かわいそうな子供は、不治の病を抱えたまま、母親なしで生きていなくてはならなくなるだろう。」と一人、悩み苦しみ続けました。

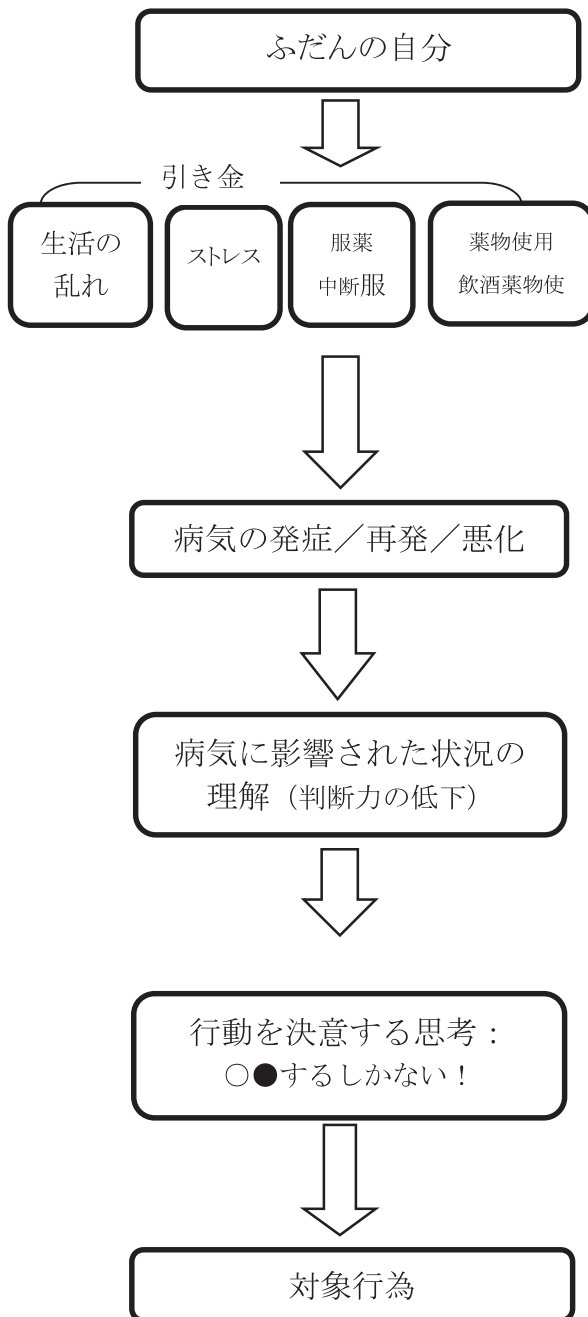
「この子にそんな辛い人生を送らせることはできない」と考えた B 子さんは、「子供を殺して自分も死のう」と思い詰めました。子供のためには、それしかないように思えたのです。

決意をかためた B 子さんは、子供の首を絞めました。記憶は、ぼやけています。そして亡くなった子供の前で、呆然と死ぬことを考えているところを夫に発見されたのでした。

## 対象行為に至る6段階

A男さんとB子さんの例を通して、対象行為が起こるまでの流れを6段階に分けて、見てきました。これから、それぞれの段階について、あらためて説明します。あとで自分の体験を整理するための参考としてみてください。

### 解説：対象行為に至る6段階



最初から他害行為をしようと思っている人はいないものです。もともと喧嘩っ早い人や、体や精神の病気で通院していた人もいたかもしれませんが、それでも、その人なりの「いつもの日々」を送っていたことでしょう。

そんな生活の中で、「生活の乱れ」や「ストレス」を体験したり、「服薬中断」や「薬物使用・飲酒」をしたりしました。それが1回だけだった人もいれば、しばらく続いた人もいました。(注：ストレスとは、不安・孤立・過労・不眠や、それにつながるような出来事です。)

「生活の乱れ」「ストレス」「服薬中断」「薬物使用・飲酒」が引き金となって、精神病が始まったり(発症)、あるいは、ぶり返したり(再発)しました。

精神病では、知覚や思考がゆがんでしまうために、状況判断が悪くなりますが、ふつうは、なかなかそのことを自覚することはできません。そのため、自分や大事な人が重大な局面にいると判断してしまいました。

誤った状況判断に基づいて、すぐに対象行為をした人もいれば、しばらく我慢して、自分で解決しようとしたもののうまくいかず、追い詰められて対象行為をした人もいます。どちらの場合も「そうするしかない!」とか「どうにでもなれ!」と、行動を決意する考えにいたったのです。

こうして対象行為を起こしてしまいました。

---

## Ⅱ 自分の場合はどうだったのだろうか？

---

それでは、あなたの対象行為はどういう流れで起こったのか、整理していくことにしましょう。ここから先は、一つ一つ、質問に答えを書き込みながら、進めていきます。いそいで書き込もうとせず、担当スタッフとよく話し合いながら、わかったことを、ていねいに記入していきましょう。必要な時間をかけながら、すすめていくことが大切です。

### ■■■ 対象行為にいたる段階1：ふだんの自分・もともとの自分

○ 対象行為が起こったのはいつのことでしたか？

平成\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日

○ 今思うと、対象行為に関係した具合の悪さは、いつごろから始まったのでしょうか？

対象行為の\_\_\_\_\_くらい前から

○ その前はどのような生活をおくっていましたか？「元気だった頃の自分」という言葉から思い浮かぶ自分について書きましょう

典型的な1週間のすごしかた

---

---

---

---

---

---

何をしているときに楽しかったですか？

---

---

---



身体や精神の病気はありましたか？通院はしていましたか？

---

---

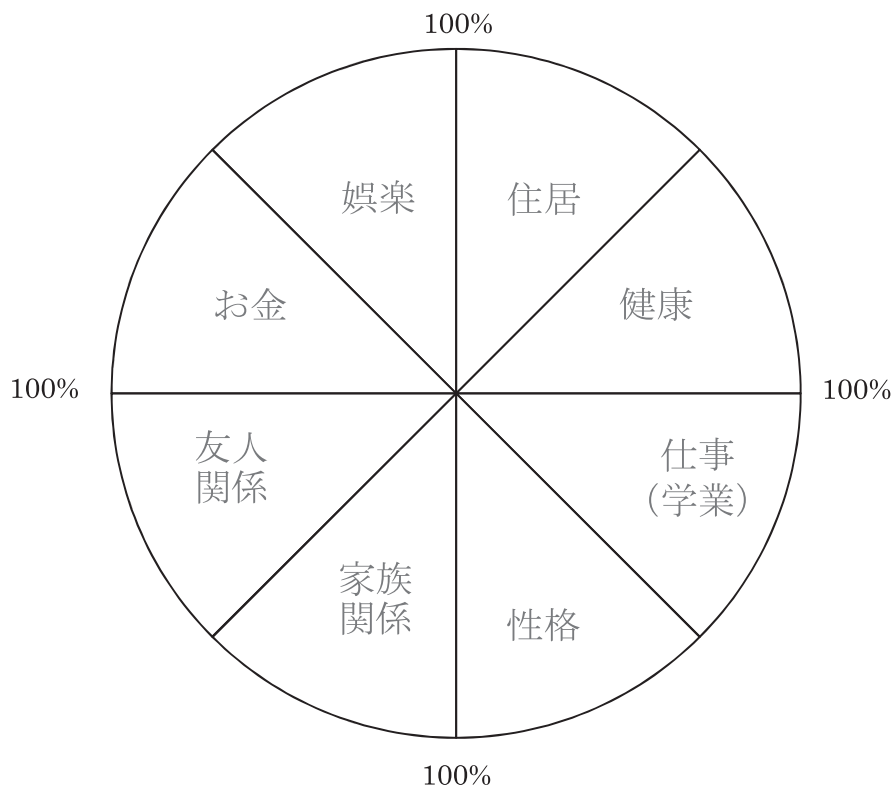
---

○ もともとのあなたはどんなタイプの人ですか？

社交的	1	2	3	4	5	独りである
短気	1	2	3	4	5	気が長い
気軽に人に相談する	1	2	3	4	5	自分で解決しようとする
その時の気分で行動	1	2	3	4	5	じっくり考えてから行動
楽観的／のんき	1	2	3	4	5	悲観的／悪い方に考える

○ 生活全体の様子について

生活していれば、よいことも、嫌なこともいろいろあるものです。元気だったあの頃も、苦勞を抱えていた人も多いことでしょう。その一方で、わりとうまくいっている領域もあったと思います。当時の生活のバランスを以下の円に描き出してみましよう(円の中の軸は満足度0～100%をあらわします)



## ■■■ 対象行為にいたる段階2：引き金

○ 今思うと、具合が悪くなるきっかけは何だったのでしょうか？

### 考えるヒント

- ・「生活の乱れ」「ストレス」「服薬中断」「薬物使用・飲酒」からあてはまるものがあれば、詳しく教えてください。ストレスとは、不安・孤立・過労・不眠や、それにつながるような出来事です。
- ・大きな一つの出来事があって具合が悪くなる人もいれば、いろいろなことが重なって具合が悪くなる人もいます。あなたの場合はどうでしたか？
- ・人によっては、結婚や昇進など、嬉しいはずのことが知らない間にストレスになることもありますので、当時、「大きなできごと」「変わったできごと」があった場合は、それも書いておきましょう。

当時の状況として、あてはまるものにチェックをしましょう

- 生活の乱れ（昼夜逆転など）
- |                                   |                                |                               |                                |
|-----------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 不安・恐怖    | <input type="checkbox"/> 過労    | <input type="checkbox"/> 孤立   | <input type="checkbox"/> 不眠    |
| <input type="checkbox"/> 人間関係の悩み  | <input type="checkbox"/> 将来の不安 | <input type="checkbox"/> 借金   | <input type="checkbox"/> 大きな秘密 |
| <input type="checkbox"/> 大切な人との別れ | <input type="checkbox"/> 引っ越し  | <input type="checkbox"/> 嫌がらせ | <input type="checkbox"/> 自己嫌悪  |
| <input type="checkbox"/> 服薬中断     | <input type="checkbox"/> 通院中断  | <input type="checkbox"/> 体の病気 | <input type="checkbox"/> けが    |
| <input type="checkbox"/> 飲酒       |                                |                               |                                |
- 薬物使用：使った薬物 \_\_\_\_\_
- その他、影響の大きかったこと： \_\_\_\_\_

「具合が悪くなるきっかけ」を具体的に、以下に書いておきましょう。

---

---

---

---

---

### ■■■対象行為にいたる段階3：病気の発症／再発／悪化

#### ○ あなたの注意サインはなんですか？

病気が始まったり悪化したりするときは、たいてい、2-3週間前から少しずついろいろな**注意サイン**が出てきます。初めて精神の病気になったときはわからないまま過ぎていくことがほとんどです。しかし、後で慎重にふり返ってみると、何が自分の注意サインだったのか、わかってきます。

再発の可能性が高まるときは、**前と同じ注意サインが先に出てくる**ことが多いのです。自分の注意サインをわかっていると、早めに対処できるので、再発を防いだり、出てくる症状を軽くしたり、他の人とのトラブルを減らしたりすることができます。

#### 病気が始まる前、どのような注意サインがありましたか？○で囲んでみましょう

独り言を言ったり、独りで笑ったりする	毎日の日課をこなせない気がする	痛みや苦しみを感じる	話す言葉がまとまらなくなる	疲れてエネルギーがなくなったように感じる	悪ふざけをしなくなる
何かのことで頭がいっぱいになる	精神的にひきこもる	食欲がなくなる	頑固な気分になり、簡単な頼まれ事もやりたくなくなる	睡眠が不規則になる	すぐにカッとなる
無力感や無価値感をおぼえる	暴力的になる	自分への不満が強くなる	思考をコントロールされている気分になる	身体の動きがゆっくりになる	自分の言っていることが他の人に通じなくなる
気持ちが落ち込む	気持ちが高揚する	監視されている気がする	噂されたり笑われたりしている気がする	混乱したり、困惑したりする	イライラした気分になる
自分の考えが自分のものではないように感じる	自分がほかの誰かのように感じる	性的な話についてオープンであけすけになる	不安になったり、恐怖を感じたりする	何に対しても興味が無くなる	忘れっぽくなったりする
集中するのが難しくなる	意味もなく奇妙な行動をとるようになる	音に敏感になる	自分の身だしなみや清潔を気にしなくなる	頭にいろいろなことが浮かび、感覚が鋭くなる	なかなか決断できなくなる
奇妙な感覚が出てくる	頭が変になるような気がする	寝なくても大丈夫な気がする	タバコやお酒の量が増える	じっとしていることができないくなる	嫌がらせされているような気がする

他にもあれば：

○病気が悪かったときはどのような症状がありましたか？(口にチェックしましょう)

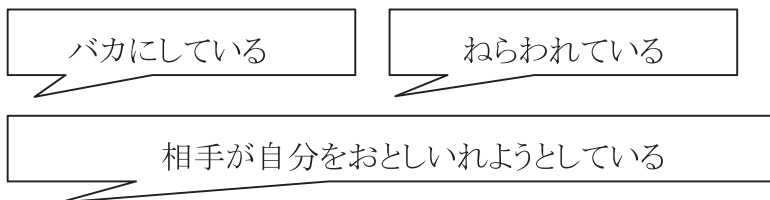
『正体不明の声や音』=『幻聴』が聞こえる

- 1. まわりに人がいないのに誰かの『声』が聞こえてくる。
- 2. 『声』に返事をしたらさらにまた返事が返ってくる。
- 3. 『声』同士が会話をしている。
- 4. 頭のなかの『声』が悪口を言ったり、命令する。
- 5. 見知らぬ人が電車のなかで自分のことをウワサしているのが聞こえる。
- 6. 何かの音(車の音や足音)が、『声』と一緒に聞こえてくる。
- 7. テレビやラジオの音と一緒に、自分のことをウワサする『声』が聞こえてくる。

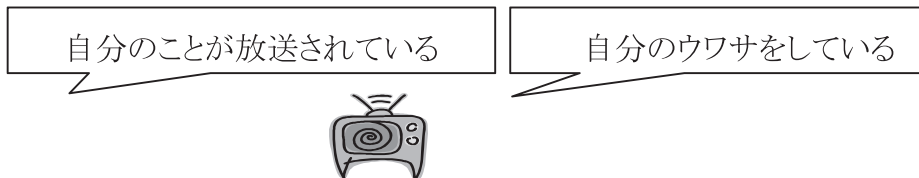


『根拠の足りないことを絶対的に信じ込んでしまうこと』=『妄想』が出てくる

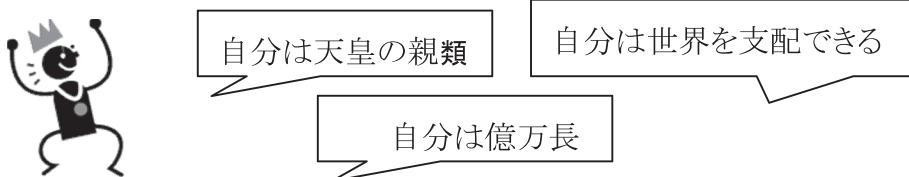
□1. 被害妄想…ものごとを被害的に受け取る



□2. 関係妄想…ものごとを自分に関係づけてとらえる



□3. 誇大妄想…ものごとを極端に大きく考える



その他の症状:不眠、無気力、うつ、あせりなど

- 1. 不眠(寝つけない、すぐに目が覚めてしまう…)
- 2. 無気力(やる気が出ない、おっくうだ…)
- 3. うつ(人に会いたくない、もうダメだという感じ…)
- 4. 不安やあせり(理由もなく不安になる、気持ちがあせって仕方がない…)



■■■対象行為にいたる段階4: 病気に影響された状況の理解(判断力の低下)

○対象行為の時は、何が起きていると思っていましたか？今、考えると、実際は何が起っていましたか？例を参考にして、自分の場合をふりかえてみましょう。

<A 男さんの場合>

対象行為の時の状況の理解

「監視カメラで見張られている」「会社の連中はグルだ」「嫌がらせをされている」

根拠(なぜそう思ったか)

同僚が自分の悪口を聞こえるように言っていたのが聞こえた。  
休憩していたら、まわりに誰もいないのに「怠け者」と聞こえてきた

現在の状況の理解

ものすごいはっきり聞こえたけれども、幻聴だった。薬をのむのをやめて、いつの間にか再発していたらしい。寝ていなくてまともに考えられなかった。  
仮に本当に悪口を言われていたとしても、社長は関係なかったかもしれないし、悩んでないで誰かに相談すればよかった。

<自分の場合>

対象行為の時の状況の理解

根拠(なぜそう思ったか)

現在の状況の理解



■■■ 対象行為にいたる段階5：行動を決意する思考

○病気の体験の中で、あなたはどのようにして対象行為を「するしかない」「どうにでもなれ」などと考えるにいたったのでしょうか？

例) 相手が悪いのだから、正当防衛のためなら傷つけてもいいと思った  
家に火をつけることで、自分のつらさをわかってもらいたかった  
相手のしていることをやめさせるには、殴るのが一番効果があると思った  
母親を助けるには、母親になりすましている宇宙生命体を殺すしかないと思った  
子供に苦しい人生をおくらせるくらいなら、安らかに死なせてやりたかった  
ムカッときて、憂さ晴らしをしたかった

○病気の体験の中で、あなたが信じていた状況が、もしも症状ではなく、本当だったとしたら、上記に記入した考え方はベストな考えでしたか？もっとよい考え方や解決方法はありましたか？

例) 母親を助けるには、母親になりすましている宇宙生命体を殺すしかないと思った  
今考えるよりよい考え方例 1→そのような危機に、たった一人で立ち向かうのは賢明ではなかった。他の人に相談して、協力してもらう方がよかった。  
今考えるよりよい考え方例 2→それは「母親になりすましている宇宙生命体」ではなく、「宇宙生命体に操られている本物の母親」の可能性もあった。殺してしまったら本物の母親を殺してしまうことになる。殺すことまでは考えるべきではなかった。

## ■■■対象行為にいたる段階6：対象行為

○対象行為の日におこったことを、一緒にいるスタッフに言葉にして話してみてください。対象行為のときに時に何を考え、何が見えて、どう行動したのかを話します。

そのときの自分に対して、判断をしたり、責めたりせず、ただ、何が起こったのかを時間の流れに沿って言葉にしましょう(この部分は、スタッフとよく話し合い、まだ準備ができていないと感じられるときには、別の機会にしましょう)

○対象行為は、病気の影響のもと、判断力が低下していたことが大きな原因の一つでした。あなたは今、治療を受け、回復にとりこんでいます。今、ふりかえてみると、対象行為からはどのようなことを「学び」とすればよいと思いますか？

「対象行為によって、自分は\_\_\_\_\_ということを読んだ。」の下線に入る内容を書きましょう。

---

---

---

---

---

---

---

---

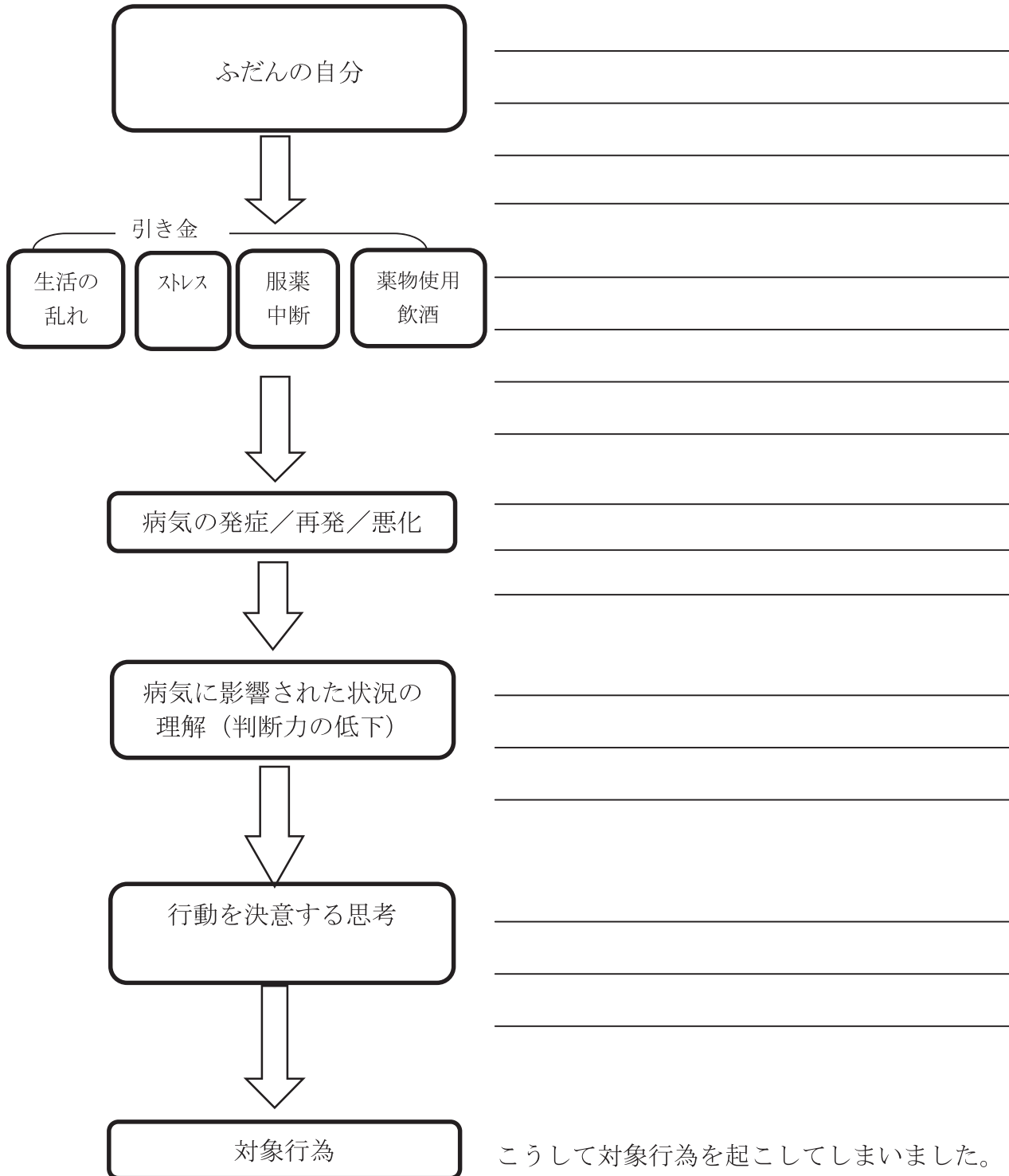
---

---



### Ⅲ あなたの対象行為にいたる6段階を書いてみましょう

対象行為にいたった流れ



## IV これからの自分ならできること

対象行為と同じような行為をしないためには、今後の生活の中でどのような工夫をしていったらよいでしょうか？各段階について、日常生活で出来る工夫を書きましょう。

ふだんの自分

引き金

生活の乱れ    ストレス    服薬中断    薬物使用 飲酒

病気の発症／再発／悪化

病気に影響された状況の理解（判断力の低下）

行動を決意する思考：

予防

対象行為

良い状態を保つ工夫：

特に気をつける引き金：

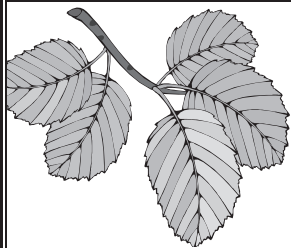
最重要の注意サイン3つ：

相談相手：

<再発したらどうするか>

自分ですること：

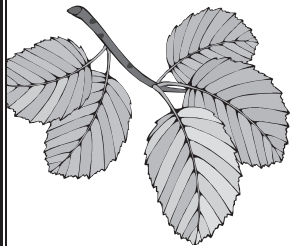
してもらいたいこと：



クライシスプラン  
関係資料  
【良い状態を維持する】







## クライシスプラン関係資料

### 【良い状態を維持する】

#### 目次

##### ◆「これからの生活について

——自分らしく生きるために——」



\*\*\*\*\*

## これからの生活について

自分らしく生きるために

\*\*\*\*\*

良い状態を維持するために、不調時の対処計画(クライシスプラン)をたてましょう。  
**クライシスプランは、ケア会議に参加する援助者や家族と共有しますので、スタッフと一緒に作成しましょう。**

良い状態を維持するためには、病気を悪くしないように工夫することだけが大事なわけではありません。どうぞ「これからどんな生活をしたいか」とか「自分の夢」を大切にしてください。

### ＜クライシスプランをたてるための準備をしましょう＞

以下には、クライシスプランを立てる上で役立つ情報を思い出すための、いろいろな質問が並んでいます。それぞれについて、スタッフと話し合いながら、大事なことをメモしていきましょう。

**Q1. 対象行為を二度と起こさないためには、病気と上手に付き合っていく必要があることが理解できたと思います。あなたの良い状態(落ち着いた状態)とはどんな状態ですか？**

**Q2. 自分を大切にするために私が出来ること/したいことは何でしょうか？**

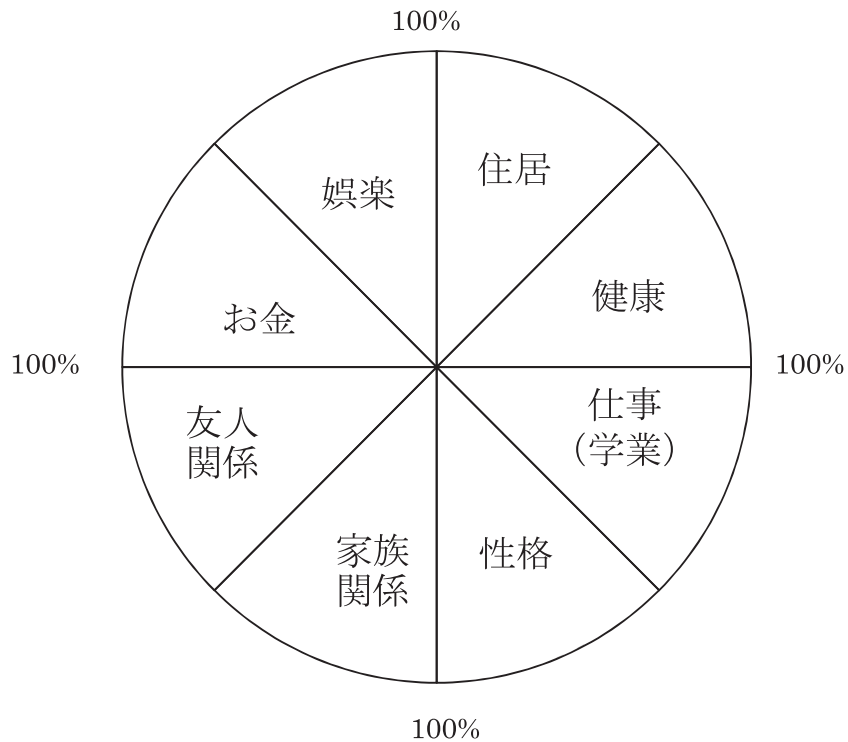
私の希望・夢「こんな生活がしたい」「こんな夢がある」「こんなことが希望」

--

私のストレンクス 「こんなことが得意」「こんなことが好き」

将来の目標
大きな目標（長期目標）
とりにあえずの目標（短期目標）

Q3. 現在の生活のバランスを以下の円に描き出してみましよう  
 (円の中の軸は満足度0～100%をあらわします)



満足度をもっと高めたい項目について、できそうなことを書いてみましょう。

	満足%	満足度を上げるためにしてみることに
住居		
健康		
仕事／ 学業		
生活		
家族関係		
友人関係		
お金		
娯楽		

Q4. 良い状態を維持するにはどんな方法があるか考えてみましょう。

(○:できている △:もう少し出来るようになりたい ×:出来ていないまたは苦手)

症状コントロールに 役立つ行動	今の状態 ○△×	今後とりくみたいこと
病気を理解する		
症状に対処する		
言いたいことを伝える		
ストレスに対処する		
問題を解決する		
必要な時に援助を 頼む		
定期的に運動する		
よく眠る		

楽しむ時間を持つ		
危ない状況を避ける		
健康な食事ができる		
友人や家族と楽しむ		
その他		

Q5. 状態が悪くなる場合、引き金があることがあります。引き金とは、もしそれが起きると気分が悪くなったり、あるいは調子を乱すきっかけになったりするような出来事や状況です。思い当たることにはどんなことがあるでしょうか？

状態が悪くなる引き金／きっかけ

身体的ストレス： 身体に影響すること 例) 過労
生活ストレス： 生活上で影響する出来事 例) 経済的なこと
対人的ストレス:例) 異性関係 立場
社会的ストレス:嫌な気分や考えを引き起こす状況 例) 休日、嫌なことがあった日



Q6. 状態が悪くなるには多くの場合徐々に悪くなります。その際、良い状態のときにはあまりないような様々なサイン(前ぶれ)が現れてきます。少し振り返ってあなたのサインをあげてみましょう(思い出すためのヒントになる表が附録にあります)。

1) **早期警告サイン**(早めに出てくるもの。支援者に相談して自分で対処できる状態)

2) **注意サイン**(支援者とともに対処する状態)

3) **危険サイン**(自分ではどうにもならない状態)

Q5. サインが出たら、どのように対処したら良いでしょうか？今までも自分なりにやってきましたと思いますが、その中で、うまくいったこと上手いかなかったこと振り返ってみましょう。また、新しく試してみたいことも考えましょう。

1) **早期警告サイン**(早めに出てくるもの。支援者に相談して自分で対処できる状態)

① うまくいったこと

② うまくいかなかったこと

③ 新しく試してみることに

2) **注意サイン**(支援者とともに対処する状態)

① うまくいったこと

② うまくいかなかったこと

③ 新しく試してみることに

3) **危険サイン**(自分ではどうにもならない状態)

① うまくいったこと

② うまくいかなかったこと

③ 新しく試してみることに

**Q6. 再発の危機の際、あなたを支援してくれる人にはどんなことを望みますか？**

支援者名 頼むこと

支援者名 頼むこと

支援者名 頼むこと

支援者名 頼むこと

**Q7. 良い状態を維持するためにこれから取り組むこと…自分でできること**

病気について

服薬について

症状対処について

感情問題について

行動的問題について

家族関係について

対人関係について

日常生活について

経済的問題について

住むところについて

日常の過ごし方について

仕事について

## Q8. 良い状態を維持するためにこれから取り組むこと…支援者に頼むこと

病気について

服薬について

症状対処について

感情問題について

行動的問題について

家族関係について

対人関係について

日常生活について

経済的問題について

住むところについて

日常の過ごし方について

仕事について



これからの生活

私の夢・大切にしていること	短期目標・参加プログラム
私の支援者	支援者にしてもらうこと
ストレスとなるもの	ストレスの解消法・対処法

クライシス・プラン

いつもの自分	早期警告サイン	注意サイン	危険サイン
		自分のできること	
		支援者にしてもらうこと	

## 附録：病状悪化サインをみつけるためのシート

あてはまるところに○をつけましょう

		め つ た に な い	直 具 前 合 に あ る が 悪 く な る	頻 繁 に あ る
<b>日常生活がおっくうになるパターン</b>				
1	普段の生活でおこなういろいろな活動に興味をもてない			
2	普段の生活で簡単なことがらについても自分で決めることが難しい			
3	自分の外見や服装に無関心になる			
4	自分の将来に自信がなくなる			
5	何かに集中したり、はっきりした考えを持つことが難しい			
6	物事を覚えることが難しい			
7	食欲がなくなり、食べる量が減る			
8	物事を楽しめない			
<b>元気になるすぎて 日常生活が妨げられるパターン</b>				
9	思考が非常に早くなりすぎて、自分でそれについていけない			
10	なかなか眠れない			
11	興奮しすぎている			
12	攻撃的過ぎたり、押しが強すぎる			
<b>家族や友人などと付き合いで問題が出てくるパターン</b>				
13	友人や家族との間に距離感を感じる			
14	友人にはめったに会わない			
15	家族や友人とうまくやっていけない			
16	他に人に馬鹿にされていると感じる			
17	他の人に意味が伝わらないような話し方をする			
18	すぐ言い争いをする			
19	ささいなことで腹が立つ			
20	他人を傷つけたり、殺してしまおうという考えがおこる			
21	他の人が私を気づかってくれないと感じる			
22	他の人が私を傷つけたり病気にさせようとしていると感じる			

		め つ た に な い	直 具 前 合 に あ る 悪 く な る	頻 繁 に あ る
<b>普段とちがう気持ちや行動が出てくるパターン</b>				
23	ほとんど毎日、心配事が頭から離れない			
24	何の理由もなく不安になる			
25	緊張し、いらいらする			
26	ゆううつになり落ち込んだり、自分がつまらないと感じる			
27	自分を傷つけたり、自殺を考える			
28	以前は快適に感じた状況でも、恐怖を感じる			
29	発狂するのではないかという恐怖感がある			
39	自分の身体が自分の野の出ないような感じがあるもしくは違和感がある。			
31	自分のいる環境が奇妙だったり、いつもと違って感じる			
32	性的な考えが頭から離れない			
33	悪夢を見る			
34	長い時間寝る			
35	しばしば痛みを感じる			
36	体重が減った			
37	体重が増えた			
38	アルコールや薬物を大量に取る			
39	外見や行動がいつもと違うと人から言われる			
40	普段よりも、宗教が自分にとって大きな意味を持つように感じる			
<b>その他 自分なりのもの</b>				

(精神障害をもつ人のための退院準備プログラム. 東京 丸善 2006 一部改定)

使い方例：自分にとって大事な項目がわかったら、それだけを抜き出して自分用のモニタリング（体調観察）シートをつくり、定期的にチェックするのも良いやり方です。



## 『通院ワークブック 編集委員会』

### 《総監修》

岩成 秀夫 神奈川県立精神医療センター

### 《監修》

菊池安希子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター病院

### 《執筆者一覧》

#### 〈制度説明〉

三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター病院

石井 利樹 神奈川県立精神医療センター芹香病院

藤嶋 亨 磯子区精神障害者生活支援センター

#### 〈対象行為の理解〉

高橋 昇 国立病院機構花巻病院

菊池 安希子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

#### 〈クライシスプラン関係〉

赤須 知明 総合病院国保旭中央病院

### 《作成協力》

安藤 久美子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

市田 晋也 大阪保護観察所

岩間 久行 神奈川県立精神医療センター芹香病院

籠本 孝雄 大阪府立精神医療センター

香山 明美 宮城県立精神医療センター

川副 泰成 神奈川県立精神医療センターせりがや病院

川原 稔 大阪保護観察所

桑原 寛 神奈川県精神保健福祉センター

佐賀 太一郎 法務省保護局総務課精神保健観察企画室

白戸 雅美 新潟保護観察所

土井 永史 茨城県立こころの医療センター

津梅 雅義 水戸保護観察所

鶴見 隆彦 厚生労働省社会・援護局総務課

原澤 祐子 神奈川県立精神医療センター芹香病院

正岡 洋子 大阪府立精神医療センター

松本 高成 熊本保護観察所

三浦 香織 盛岡保護観察所

嶺 香一郎 福岡保護観察所

望月 和代 横浜保護観察所

美濃 由起子 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科



通院ワークブックは、平成23年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業(精神障害分野)「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」(研究代表者:中島豊爾)「通院医療モデルの構築に関する研究」(研究分担者:岩成秀夫)の助成を受けて作成されました。

## 医療観察法関連の資料の入手について

6.参考となる各種資料(厚生労働科学研究班  
ハンドブック等)の紹介Ver1.7

7.『医療観察制度各処遇段階において参考と  
なる各種資料の詳細一覧』Ver1.8



## 『医療観察制度の各処遇段階において参考となる各種資料の紹介』

※詳細については、『医療観察制度 各処遇段階において参考となる各種資料の詳細一覧』を参照

### 【医療観察法 全般】

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)は、心神喪失又は心神耗弱の状態(精神障害のために善悪の区別がつかないなど、刑事責任を問えない状態)で、重大な他害行為(殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ、傷害)を行った人に対して、適切な医療を提供し、社会復帰を促進することを目的とした制度。

資料名	発行年月	発行元	内容
『ジュリスト』増刊:精神医療と心神喪失者等医療観察法	2004年 3月	有斐閣	医療観察法成立の経緯や成立以前の状況、法律自体の内容、処遇、法施行にあたっての問題点、制度のモデルとなった英国の状況など、網羅的に紹介されている。
心神喪失者等医療観察法及び審判手続きの規則に関する解説	2005年 3月	最高裁判所事務総局刑事局	法律条文全文に対する逐条解説、条文の解釈等が国会の立法主旨なども含め解説されている。
司法精神医療人材養成研修会「教材集」	2005年 7月	司法精神医療等人材養成研修企画委員会	医療観察法に関する総論、指定入院・通院医療機関、保護観察所等の役割、多職種チーム各職種の業務内容等が総合的に紹介されている厚生労働省委託研修のための教材集
心神喪失者等医療観察法ハンドブック(保健所が対象者を地域で支援するためのQ&A)	2012年 3月	「司法精神医療における行政機関の役割」(分担研究者:角野文彦)	保健所が中心となり、関わった全事例を対象に質問調査を実施、作成したQ&Aハンドブック(医療観察法全般、地域処遇、ケア会議等)。

### 【医療観察法鑑定入院医療機関での鑑定 / 地方裁判所(医療観察法審判)】

医療観察制度では、まず、心神喪失又は心神耗弱の状態で大害行為を行い、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、裁判官と精神保健審判員(必要な学識経験を有する医師)の各1名からなる合議体による審判で、本制度による処遇の要否と内容の決定が行われます。

《資料》

資料名	発行年月	発行元	内容
鑑定入院に関する資料	2005年 8月	司法精神医療等人材養成 研修 企画委員会	医療観察法鑑定関連の3種類の資料が入っている(①医療観察法鑑定ガイドライン、②医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン、③鑑定入院医療機関運営に関するQ&A集)
精神保健判定医ポケットメモ	2007年 9月	「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)	医療観察法審判における精神保健判定医の業務を内容、必要な資料等がコンパクトに収められている。
医療観察法審判ハンドブック	2012年 3月	司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究(分担研究者:三澤孝夫)	医療観察法審判全般についての解説書。当初審判、退院許可申立審判のカンファレンス、審判期日、審判決定の法解釈に詳しい。

【指定入院医療機関での入院処遇】

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。

《資料》

資料名	発行年月	発行元	内容
「入院処遇ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による入院処遇全般に関する公的なガイドライン
「指定入院医療機関運営ガイドライン」	2005年 7月	厚生労働省	厚生労働省による指定入院医療機関全般に関する公的なガイドライン
医療観察法による指定入院医療機関における【診療マニュアル(Q&A形式)】	2006年 3月	平成19年度国立病院機構共同臨床研究(主任研究者:平林直次)	指定入院医療機関における司法機関へ関係手続き、対象者処遇、退院調整方法、必要各種会議運営方法等についてのマニュアル
指定入院医療機関【治療プログラム集】	2007年 3月	平成20年度国立病院機構共同臨床研究(主任研究者:平林直次)	指定入院医療機関における治療プログラム集(権利擁護講座、疾病教育、アンガーマネジメント、物質使用障害プログラム、内省プログラム、家族会、SST、社会復帰講座等)

## 【指定通院医療機関での通院処遇】

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。

### 《資料》

資料名	発行年月	発行元	内容
「通院処遇ガイドライン」	2005年7月	厚生労働省	厚生労働省による通院処遇全般に関する公的なガイドライン
「指定通院医療機関運営ガイドライン」	2005年7月	厚生労働省	厚生労働省による指定通院医療機関全般に関する公的なガイドライン
「地域社会における処遇ガイドライン」	2005年7月	法務省保護局	法務省による地域処遇全般に関する公的なガイドライン
心神喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック	2006年2月	法務省保護局	医療観察法の概要、Q&A、地域社会における処遇の流れ(保護観察所の生活環境調整、精神保健観察等)の紹介、関連資料掲載
通院処遇ハンドブック	2009年3月	「他害行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫) 及び「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」(分担研究者 川副泰成)	医療観察法の通院処遇について、制度、用語の説明、実際の処遇、援助状況、連携方法等が説明されている。
通院ワークブック	2012年3月	「通院医療モデルの構築に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)	通院処遇を援助していくためのハンドブック(①「通院導入ハンドブック」の説明様式の一部、②「対象行為の理解に関する資料」等を掲載)
通院導入ハンドブック	2012年3月	「通院医療モデルの構築に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)	通院処遇を援助していくためのハンドブック(①通院導入時の各種説明資料、②「医療観察制度を対象者に説明するためのテキスト」、③各種ツール様式等を掲載)

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

※HP「医療観察制度概要」解説文より抜粋のうえ、一部改変



『医療観察制度 各処遇段階において参考となる各種資料の詳細一覧』

利用時期	施設別	資料名	発行年月	発行元	内容	入手方法等	【ダウンロードで入手出来る場合のHPアドレス】
全般	全般	『ジュリスト』増刊：精神医療と心神喪失者等医療観察法	2004年3月	有斐閣	医療観察法成立の経緯や成立以前の状況、法律自体の内容、処遇、法施行にあたっての問題点、制度のモデルとなった英国の状況など、網羅的に紹介されている。	書店等購入可	
全般	全般	心神喪失者等医療観察法及び審判手続きの規則に関する解説	2005年3月	最高裁判所事務総局刑事局	法律条文全文に対する逐条解説、条文の解釈等が国会の立法主旨なども含め解説されている。	非売本	
全般	全般	司法精神医療人材養成研修会「教材集」	2005年7月	司法精神医療等人材養成研修 企画委員会	医療観察法に関する総論、指定入院・通院医療機関、保護観察所等の役割、多職種チーム各種の業務内容等が総合的に紹介されている厚生労働省委託研修のための教材集	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関関係従事者研修会 配付資料	
全般	全般(保健所向け)	心神喪失者等医療観察法ハンドブック(保健所が対象者を地域で支援するためのQ&A)	2012年3月	「司法精神医療における行政機関の役割」(分担研究者:角野彦彦)※3	保健所が中心となり、関わった全事例を対象に質問調査を実施、作成したQ&Aハンドブック(医療観察法全般、地域処遇、ケア会議等)。	INIに公開HP有り	<a href="http://www.phcd.jp/topics/H23_chiiki_shoguu_hoken_sho.pdf">www.phcd.jp/topics/H23_chiiki_shoguu_hoken_sho.pdf</a>
審判/鑑定入院	鑑定入院機関	鑑定入院に関する資料	2005年8月	司法精神医療等人材養成研修 企画委員会	医療観察法鑑定関連の3種類の資料が入っている(①医療観察法鑑定ガイドライン、②医療観察法鑑定入院における治療・処遇等ガイドライン、③鑑定入院医療機関運営に関するQ&A集)	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関関係従事者研修会 配付資料	
審判/鑑定入院	鑑定入院機関	精神保健判定医ポケットメモ	2007年9月	「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)※4	医療観察法審判における精神保健判定医の業務を内容、必要な資料等がコンパクトに収められている。	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関関係従事者研修会 配付資料	
審判/鑑定入院	鑑定入院機関	医療観察法審判ハンドブック	2012年3月	司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究(分担研究者:三澤孝夫)※3	医療観察法審判全般についての解説書。当初審判、退院許可立審判のカンファレンス、審判期日、審判決定の法解釈に詳しい。	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関関係従事者研修会 配付資料	<a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/shihou/shinpan_handbook_vol2r_1_1.pdf">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/shihou/shinpan_handbook_vol2r_1_1.pdf</a>
指定入院処遇	指定入院医療機関	「入院処遇ガイドライン」	2005年7月	厚生労働省	厚生労働省による入院処遇全般に関する公的なガイドライン	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関関係従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】	<a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a> の他、複数のHPで公開
指定入院処遇	指定入院医療機関	「指定入院医療機関運営ガイドライン」	2005年7月	厚生労働省	厚生労働省による指定入院医療機関全般に関する公的なガイドライン	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関関係従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】	<a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a> の他、複数のHPで公開
指定入院処遇	指定入院医療機関	医療観察法による指定入院医療機関における【診療マニュアル(Q&A形式)】	2006年3月	平成19年度国立病院機構共同臨床研究(主任研究者:平林直次)	指定入院医療機関における司法機関へ関係手続き、対象者処遇、退院調整方法、必要各種会議運営方法等についてのマニュアル	NONP内に少数の残部有り、PDF化による配布を検討中	

指定入院処遇	指定入院医療機関	指定入院医療機関【治療プログラム集】	2007年3月	平成20年度国立病院機構共同臨床研究(主任研究者:平林直次)	指定入院医療機関における治療プログラム集(権利保護講座、疾病教育、アンガーマネジメント、物質使用障害プログラム、内省プログラム、家族会、SST、社会復帰講座等)	指定入院医療機関による指定通院医療機関全般に関する公的なガイドライン	厚生労働省	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】 <a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a> の他、複数のHPで公開	NCNP内に少数の残部有り、PDF化による配布を検討中
通院(地域)処遇	指定通院医療機関	「通院処遇ガイドライン」	2005年7月	厚生労働省	厚生労働省による通院処遇全般に関する公的なガイドライン	厚生労働省による指定通院医療機関全般に関する公的なガイドライン	厚生労働省	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】 <a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a> の他、複数のHPで公開	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】
通院(地域)処遇	指定通院医療機関	「指定通院医療機関運営ガイドライン」	2005年7月	厚生労働省	厚生労働省による地域処遇全般に関する公的なガイドライン	法務省による地域処遇全般に関する公的なガイドライン	法務省 保護局	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】 <a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a> の他、複数のHPで公開	厚生労働省委託研修 司法精神医療等人材養成研修会 配付資料
通院(地域)処遇	保護観察所/地域関係機関等	「地域社会における処遇ガイドライン」	2005年7月	法務省 保護局	医療観察法の概要、Q&A、地域社会における処遇の流れ(保護観察所の生活環境調整、精神保健観察等)の紹介、関連資料掲載	医療観察法の概要、Q&A、地域社会における処遇の流れ(保護観察所の生活環境調整、精神保健観察等)の紹介、関連資料掲載	法務省 保護局	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】 <a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a> の他、複数のHPで公開	保護観察所
通院(地域)処遇	指定通院医療機関	心身喪失者等医療観察法による地域処遇ハンドブック	2006年2月	法務省 保護局	「他業行為を行った精神障害者に対する通院医療に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)※1及び「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」(分担研究者 川副泰成)※2	医療観察法の通院処遇について、制度、用語の説明、実際の処遇、援助状況、連携方法等が説明されている。	厚生労働省委託研修 司法精神医療等人材養成研修会 配付資料	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料 <a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/tuinsoyoguhandbook.pdf">www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/tuinsoyoguhandbook.pdf</a>	【厚生労働省委託研修】指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料
通院(地域)処遇	指定通院医療機関	通院処遇ハンドブック	2009年3月	厚生労働省委託研修 司法精神医療等人材養成研修会 配付資料	「通院医療モデルの構築に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)※4	通院処遇を援助していくためのハンドブック①「通院導入ハンドブック」の説明構式の一部、②「対象行為の理解に関する資料」等を掲載	厚生労働省委託研修 司法精神医療等人材養成研修会 配付資料	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】 <a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a>	【厚生労働省委託研修】指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料
通院(地域)処遇	指定通院医療機関	通院ワークブック	2012年3月	厚生労働省委託研修 司法精神医療等人材養成研修会 配付資料	「通院医療モデルの構築に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)※4	通院処遇を援助していくためのハンドブック①通院導入時の各種説明資料、②「医療観察制度を対象者に説明するためのテキスト」、③各種ツール様式等を掲載	厚生労働省委託研修 司法精神医療等人材養成研修会 配付資料	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】 <a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a>	【厚生労働省委託研修】指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料
通院(地域)処遇	指定通院医療機関	通院導入ハンドブック	2012年3月	厚生労働省委託研修 司法精神医療等人材養成研修会 配付資料	「通院医療モデルの構築に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)※4	通院処遇を援助していくためのハンドブック①通院導入時の各種説明資料、②「医療観察制度を対象者に説明するためのテキスト」、③各種ツール様式等を掲載	厚生労働省委託研修 司法精神医療等人材養成研修会 配付資料	【厚生労働省委託研修】司法精神医療等人材養成研修会&指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料&【INで入手可能】 <a href="http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in">http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html#in</a>	【厚生労働省委託研修】指定入院・通院医療機関従事者研修会 配付資料

※1厚生労働科学研究「他業行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰支援に関する研究」(主任研究者 山上 皓)の分担研究  
 ※2厚生労働科学研究「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」(主任研究者 中島豊爾)の分担研究  
 ※3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)の分担研究  
 ※4厚生労働科学研究「医療観察法の運用面の改善等に関する研究」(主任研究者 小山 司)の分担研究  
 ※NCNP=国立精神・神経医療研究センター



# 『医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック』 2018年3月

## I 【医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック】の構成、利用法等について

## II 医療観察制度における審判、入院処遇、通院処遇(地域処遇)とその流れ

《作成協力等》

医療観察法医療従事者養成等制度運用の見直しに関する研究班

## III 関連資料

### ◇医療観察法審判ハンドブック

司法精神医療に携わる精神保健参与員の養成と支援に関する研究(分担研究者 :三澤孝夫)

### ◇通院ワークブック 「通院医療モデルの構築に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)

### ◇通院導入ハンドブック 「通院医療モデルの構築に関する研究」(分担研究者 岩成秀夫)

《作成協力等》

◇石井 利樹 神奈川県 精神保健福祉センター

◇岩成 秀夫 横浜市総合保健医療センター

◇小河原 大輔 国立精神・神経医療研究センター

◇菊池 安希子 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

◇島田 明裕 国立精神・神経医療研究センター

◇高木 善史 日本福祉大学

## ◆研修計画、テキスト編集等

### 「医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック」作成委員会

◇小河原 大輔 国立精神・神経医療研究センター 病院

◇古賀 千夏 国立精神・神経医療研究センター 病院

◇島田 明裕 国立精神・神経医療研究センター 病院

◇千野根 理恵子 国立精神・神経医療研究センター 病院

◇三澤 孝夫 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

◇宮坂 歩 国立精神・神経医療研究センター 病院

◇若林 朝子 国立精神・神経医療研究センター 病院

《厚生労働科学研究 障害者対策総合研究事業》

医療観察制度 通院・地域処遇[研修/実践]ハンドブック 2018年3月

医療観察法制度分析を用いた観察法医療の円滑な運用に係る体制整備・周辺制度の整備に係る研究

主任研究者 :岡田幸之

医療観察法医療従事者養成等制度運用の見直しに関する研究

分担研究者 :三澤孝夫



