

(4) 指定通院医療機関運営ガイドライン

本ガイドラインは、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における指定通院医療機関について、その運営全般に係る概要を定めたものであるが、各種ガイドライン等と調整すべき点については、現時点では、必ずしも十分な調整事項ではなく、今後、最終的にとりまとめる段階で整合性を図るものとしている。

指定通院医療機関運営ガイドライン（案）

目 次

1．はじめに

- (1) 医療観察法の趣旨・概要
- (2) 本ガイドラインの目的

2．指定通院医療機関、管理者等の役割

- (1) 指定通院医療機関の概要
- (2) 指定通院医療機関の管理者
- (3) 指定通院医療機関の精神保健指定医
- (4) 医療の質や地域連携を確保する組織形態

3．主な事務の流れ

- (1) 通院医療の開始（指定入院医療機関から退院する場合）
- (2) 通院医療の開始（入院による医療を経ない場合）
- (3) 処遇の終了、期間の延長、再入院
- (4) その他の主な事務

4．通院中の対象者に関する留意事項等

- (1) 精神保健福祉法による入院の選択
- (2) 必要な診療録の保管
- (3) 通院処遇の改善に向けた取組みへの参画
- (4) 個人情報の取扱い

5．地域連携体制

- (1) 通常時における関係機関等との連携
- (2) 緊急時における対応体制の確保

6．その他

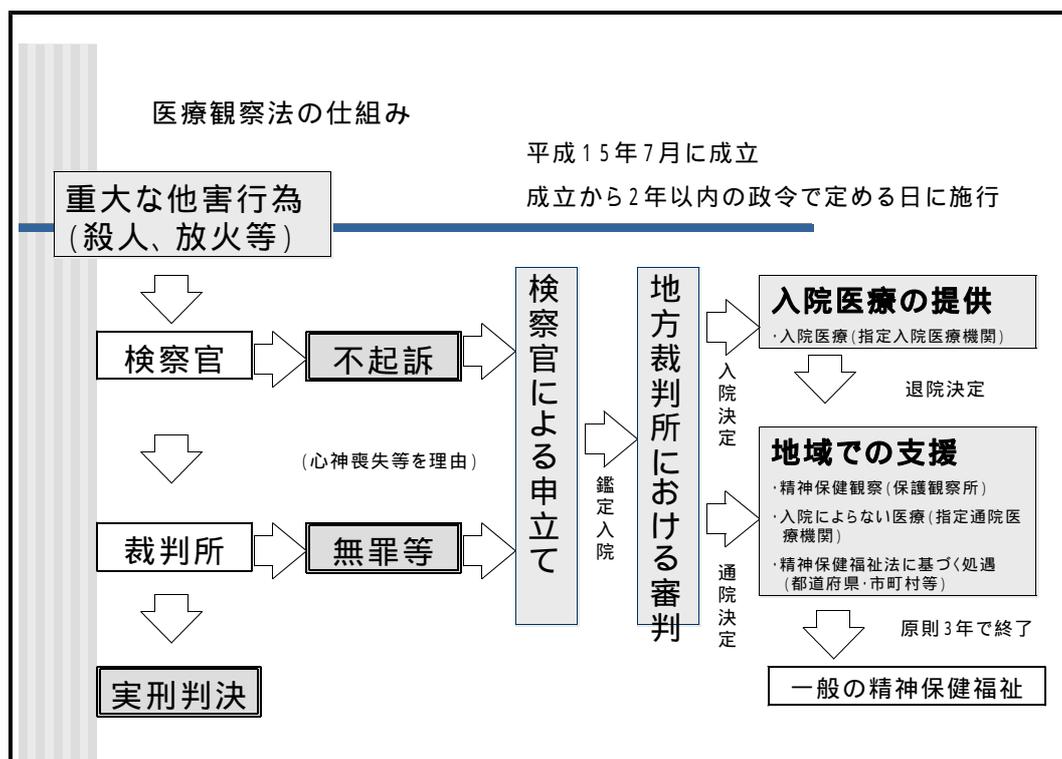
- (1) 監査等の実務
- (2) 診療報酬請求事務手続き

1. はじめに

(1) 医療観察法の趣旨・概要

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めるとともに、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている。

次のような枠組の本法が適切に実施されるためには、国レベル（法務省、厚生労働省等）の連携、地域レベルの関係機関（地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等、精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅生活支援事業者等）相互の連携をそれぞれ確保するとともに、各関係機関等の役割の明確化を図ることが必要である。



(2) 本ガイドラインの目的

通院処遇ガイドラインを基本に通院処遇を行うことにより、地域処遇ガイドライン等に定める社会復帰に向けた取組みの一翼を担う指定通院医療機関の管理職員、事務職員等を対象に、医療観察法に基づく指定通院医療機関の管理運営が適切かつ円滑に行われることを目的に、事務手続その他の留意すべき事項を定めるものである。

2 . 指定通院医療機関、管理者等の役割

(1) 指定通院医療機関の概要

指定通院医療機関は、本法上、病院、診療所又は薬局等とされているが、地域の基幹医療機関として、人口100万人に概ね2～3カ所、各都道府県最低2カ所の確保を目標とする。

訪問看護等が自ら行えない場合には、他の機関との連携を図るものとする。

指定通院医療機関における通院処遇の目標、理念は、次の通りであり、別に定める通院処遇ガイドラインにおいて、その提供する標準的な医療の枠組みを定めている。

- ・ ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
- ・ 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
- ・ 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

このような目標、理念を実現するため、医療提供、情報管理、地域連携体制（危機管理体制を含む）の各面から、運営・管理体制、人員配置において、必要な内容を確保する（資料1を参照）ものである。

資料 1

指定通院医療機関（基幹型）が満たすべき事項

事 項	運営・管理等	人員の配置
適正な医療の提供	<p>医療の質の確保</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種チーム会議の設置 ・研修等による医療従事者の質の向上 <p>適正な医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護の提供（訪問看護センター等との連携含む） ・精神デイケアの提供（他の医療機関との連携含む） ・医療安全管理体制の確保 ・病状悪化時における適切な入院医療体制の確保（連携含む） <p>通院処遇の改善に向けた取組みへの参画</p>	<p>常勤の精神保健指定医</p> <p>臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士等（非常勤職員可）の配置</p> <p>看護職員 3 : 1（病状悪化時の入院医療体制（3 : 1程度）を連携体制で確保する場合を除く）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・個別の地域事情により、この基準外のを指定することも可能とすることで検討
情報管理等	<p>診療等記録の適切な記録と保存管理</p> <p>医療情報の共有体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院医療機関相互の連携体制の確保（複数の医療機関で行う場合） 	
地域連携体制（危機管理体制）	<p>保護観察所等との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケア会議への参画（処遇の実施計画の協議等） ・関係機関との連携体制 ・緊急時の対応方針の整備 	

このうちの一部が、当初の指定基準に、その他が遵守事項となる予定。

(2) 指定通院医療機関の管理者

指定通院医療機関の管理者には、本法上、次の職務、義務が与えられており、これを適正に執行しなければならない。

適切な医療の実施に関するもの

- ・ 医療担当の義務（法 8 2 条）
- ・ 精神保健指定医の必置（法 8 6 条）
- ・ 本法による通院決定を受けた者に対する入院によらない医療を提供する義務（法 8 9 条 2 項）
- ・ 適切な医療を行うため必要があると認めるときは、必要な資料を裁判所・他の医療施設に対し必要な資料の提供を求めることができること（法 9 0 条 1 項、 2 項）
- ・ 指定医療機関において医療を受ける者の相談、援助、連携等の義務（法 9 1 条）
- ・ 本法による医療を行う必要があると認められなくなった場合の保護観察所の長に対する通知義務（法 1 1 0 条 1 項）
- ・ 入院によらない医療を行う期間を延長して本法による医療を行う必要があると認められる場合の保護観察所の長に対する通知義務（法 1 1 0 条 1 項）
- ・ 入院によらない医療を行う期間を延長して本法による医療を行う必要があると認められる場合の保護観察所の長に対する通知義務（法 1 1 0 条 2 項）
- ・ 入院によらない医療を医療を受けない場合の保護観察所の長に対する通報義務（法 1 1 1 条）

地域社会における対象者の処遇に関するもの

- ・ 保護観察所の長と連携を図り、対象者の相談・援助等を行う義務（法 9 1 条）
- ・ 保護観察所の長が処遇に関する実施計画を定める際の保護観察所の長からの協議を受けなければならないこと（法 1 0 4 条 5 項）

精神保健観察に関するもの

- ・ 一定の住居への居住、住居移転及び長期の旅行の無届けに関して違反の事実が認められる場合の保護観察所の長に対する通報義務（法 1 1 1 条 2 項）

裁判関係手続に関するもの

- ・ 裁判所による審判期日の出席の求めに応ずること（法 3 1 条 5 項）
- ・ 本法による医療の終了の申立て又は入院によらない医療を行う期間の延長の申立てに対する意見提出義務

（法 5 4 条 1 項、 2 項）

詳細については、法務省及び関係機関と協議中である。

その他

- ・職務の執行に関して知り得た人の秘密を漏らさない義務（法 117 条 1 項）
- ・厚生労働大臣の診療報酬の額の決定に従う義務（法 84 条 2 項）
- ・厚生労働大臣による診療内容・診療報酬請求の審査に関する報告の請求又は検査に応じる義務（法 85 条 1 項、2 項）

（ 3 ） 指定通院医療機関の精神保健指定医

指定通院医療機関の精神保健指定医には、本法上、次の職務、義務が与えられており、これを適正に執行しなければならない。

- ・本法による医療を行う必要があるかどうかの判定（法 87 条 1 項）
- ・本法による入院医療を行う必要があるかどうかの判定（法 87 条 1 項）
- ・通院医療の期間延長を行う必要があるかどうかの判定（法 87 条 1 項）
- ・上記の判定を行った際に、遅滞なく診療録に記載する義務（法 88 条）
- ・職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らさない義務（法 117 条 2 項）

（ 4 ） 医療の質や地域連携を確保する組織形態

ケア会議（指定通院医療機関外）

指定通院医療機関は、保護観察所が開催するケア会議に参加し、処遇の実施計画の作成に協力するとともに、関係者と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を検討する。

法第 108 条

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。

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行われる。

多職種チーム会議（指定通院医療機関内）

指定通院医療機関内の多職種チームにより、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。なお、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る。

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、定期的な評価会議等を行う。

3. 主な事務の流れ

下記の事務は、あくまで現時点での試案であり、今後、関係機関との間の調整を行う必要がある。

(1) 入院によらない医療（以下、「通院医療」という。）の開始（指定入院医療機関から退院する場合）

指定通院医療機関決定の事前調整

保護観察所は、地域社会における処遇の円滑な移行を図るため、入院後速やかに、対象者の退院後の生活環境調整に着手する。この生活環境の調整は、原則として、対象者の居住地（入院前において生活の本拠としていた住居等）を退院予定地として開始される。

退院予定地の保護観察所は、都道府県・市町村等及び想定される指定通院医療機関と連携し、退院予定地における生活環境について調査の上、退院後に必要となる医療、精神保健福祉サービス等の援助が円滑に受けられるよう、あっせん、調整するなどして生活環境の調整を行う。

なお、想定される指定通院医療機関は、本人の退院地にある複数の指定通院医療機関の中から、できるだけ対象者の居住地に近いものとするのが原則となる。

保護観察所は、このような調整結果に基づき退院地を内定し、地方厚生局は生活環境の調整の進捗や入院中の外出・外泊（必要に応じて、対象者と想定される指定通院医療機関の関係者との面談等も実施される。）の結果も踏まえつつ、当該医療機関の意向を踏まえた保護観察所と協議の上、あらかじめ対象者の退院後の通院医療を担当する指定通院医療機関を内定する。

保護観察所（退院地）は、生活環境の調整の進捗に応じ、内定された指定通院医療機関を含む地域処遇に携わる関係機関等と、ケア会議等を開催するなどして協議の上、退院後の処遇の実施計画案を作成する。

内定された指定通院医療機関は、必要な診療情報を指定入院医療機関より入手するとともに、入院中の外出・外泊中の対象者との面談の状況等も含めて、指定入院医療機関と連携し、退院後に必要となる医療の内容について検討する。

事前調整により対象者の受入を内定した指定通院医療機関については、退院決定後に、地方厚生局及び保護観察所から連絡があるので、通院医療の内容確

定のための準備を進める。

指定通院医療機関決定

退院の許可等の決定（「以下、「退院決定」という。）が決定がなされた場合には、保護観察所は、対象者からの居住地の届出を受けるとともに、地方厚生局にその内容が通知され、その通知を受けて、地方厚生局が、当該対象者の通院医療を担当する指定通院医療機関を正式に決定し、当該医療機関にその旨を通知する。

生活環境の調整の過程で作成された処遇の実施計画案を踏まえ、保護観察所が、ケア会議を開催するなどして、指定通院医療機関、都道府県、市町村等の関係機関等と協議した上で、速やかに処遇の実施計画が作成される。

指定通院医療機関は、作成された処遇の実施計画を踏まえつつ、事前に検討していた内容に応じて、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行う。

その他、処遇開始後の保護観察所等との連携については、別に定める地域処遇ガイドライン（保護観察所と関係機関の合意による都道府県単位の取り扱いを含む。）に定めるところにより、行われる。

指定入院医療機関との情報の共有

地方厚生局から、指定通院医療機関の内定の連絡があった場合には、指定入院医療機関から指定通院医療機関に対し、患者に関する情報を提供する。

その他、社会復帰期の外泊に際して指定通院医療機関の候補に必要な情報を提供し、また、退院後においても、指定通院医療機関に対し必要な情報を提供する。

必要な情報の内容については今後整理

通院医療の開始(入院医療機関から退院する場合の標準例)



(2) 通院医療の開始 (入院による医療を経ない場合)

指定通院医療機関の内定

当初審判における保護観察所が行う生活環境の調査については、当初審判における通院決定も想定し、当該調査結果を裁判所に報告する際には、必要に応じ、地方厚生局、想定される指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議が行われる。

対象者の居住地等に応じて想定される指定通院医療機関との協議が整った旨、保護観察所から地方厚生局に通知された場合には、地方厚生局が当該指定通院医療機関に確認の上、内定する。

内定を受けた指定通院医療機関は、円滑な受入れのため必要がある場合には、保護観察所に対し、必要な情報提供を求め、調査結果の報告に対して、継続的な医療が確保できるかについて意見を述べる。

当該内定を受けた指定通院医療機関については、通院決定後に必要となる医療の内容について検討を進め、さらに通院決定後に、保護観察所から連絡があるので、通院医療の内容確定のための準備を進める。

なお、この生活環境の調査は、対象者の居住地 (入院前において生活の本拠としていた住居等) において実施され、想定される指定通院医療機関は、本人の居住する地域にある複数の指定通院医療機関の中から、できるだけ対象者の居住地に近いものとするのが原則となる。

指定通院医療機関の決定

入院によらない医療を受けさせる決定 (以下、「通院決定」という。) がなされた場合には、保護観察所は、対象者からの居住地の届出を受けるとともに、地方厚生局にその内容が通知され、その通知を受けて、地方厚生局が、当該対象者の通院医療を担当する指定通院医療機関を正式に決定し、当該医療機関にその旨を通知する。

保護観察所が、ケア会議を開催するなどして、指定通院医療機関、都道府県、市町村等の関係機関等と協議した上で、速やかに処遇の実施計画が作成される。

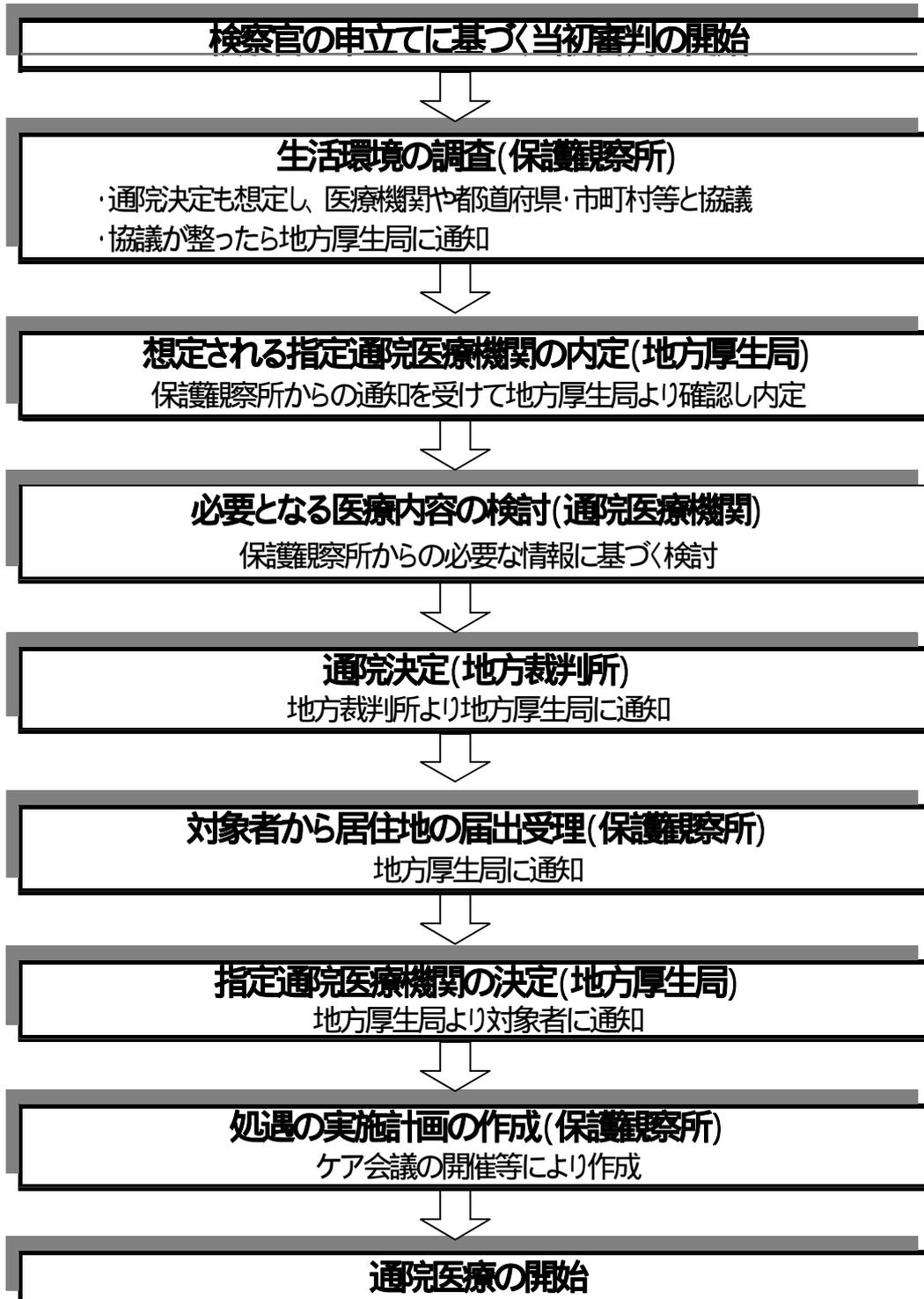
なお、この場合、入院による医療を経ないため、調整等にかかる時間的余裕がなく、迅速な対応が必要となる。

指定通院医療機関は、作成された処遇の実施計画を踏まえつつ、事前に検討

していた内容に応じて、個別の治療計画を作成し、それに基づき必要な医療の提供を行う。

その他、処遇開始後の保護観察所等との連携については、別に定める地域処遇ガイドライン（保護観察所と関係機関の合意による都道府県単位の取り扱いを含む。）に定めるところにより、行われる。

通院医療の開始(入院による医療を経ない場合の標準例)



(3) 処遇の終了、期間の延長、再入院

意見書提出

保護観察所は、処遇の終了、期間の延長、再入院について、必要に応じ、裁判所に申立てを行うが、それぞれの場合に、指定通院医療機関は、通院処遇ガイドラインに従い必要な評価を行った上で意見書を作成し、保護観察所に提出することが必要である。

特に、対象者の改善状況等により、通院処遇ガイドラインに定める標準的な通院期間より早期に処遇の終了が可能な場合には、この申立てを速やかに行うよう、適切な意見書の提出等を行う必要があることに留意しなければならない。

処遇の終了、期間の延長、再入院に係る審判上の権利義務関係（管理者）

< 本法上の権利義務関係 >

事実の取調べに対する協力（法24条3項）

対象者の処遇の決定等の審判において、必要がある場合には事実の取り調べが行われるが、その際、必要な事項の報告、資料の提出その他の協力を求められることがある。協力を求められた場合においては、積極的に協力する。

審判期日における出席（法31条5項）

裁判所は、指定医療機関の管理者又はその指定する医師に対し、審判期日に出席することを求めることができる。求められた場合には、積極的に出席する。

審判時における裁判所への意見提出（法56条1項、法61条1項）

裁判所が決定を行う際には指定通院医療機関の管理者の意見を基礎とすることとされていることから、裁判所から意見の提出を求められたらこれに応ずる。

詳細については、法務省及び関係機関と協議中である。

< 最高裁規則上の権利義務関係 >

処遇の終了又は通院期間の延長の申立ての方式（最規77条）

処遇の終了又は通院期間の延長の申立ては、裁判所に対し、申立ての趣旨及び理由等を記載した書面でしなければならない。

処遇の終了又は通院期間の延長の申立ての通知（最規78条）

処遇の終了又は通院期間の延長の申立てがあったときは、裁判所は、速やかに、その旨を対象者及び付添人等に通知しなければならない。

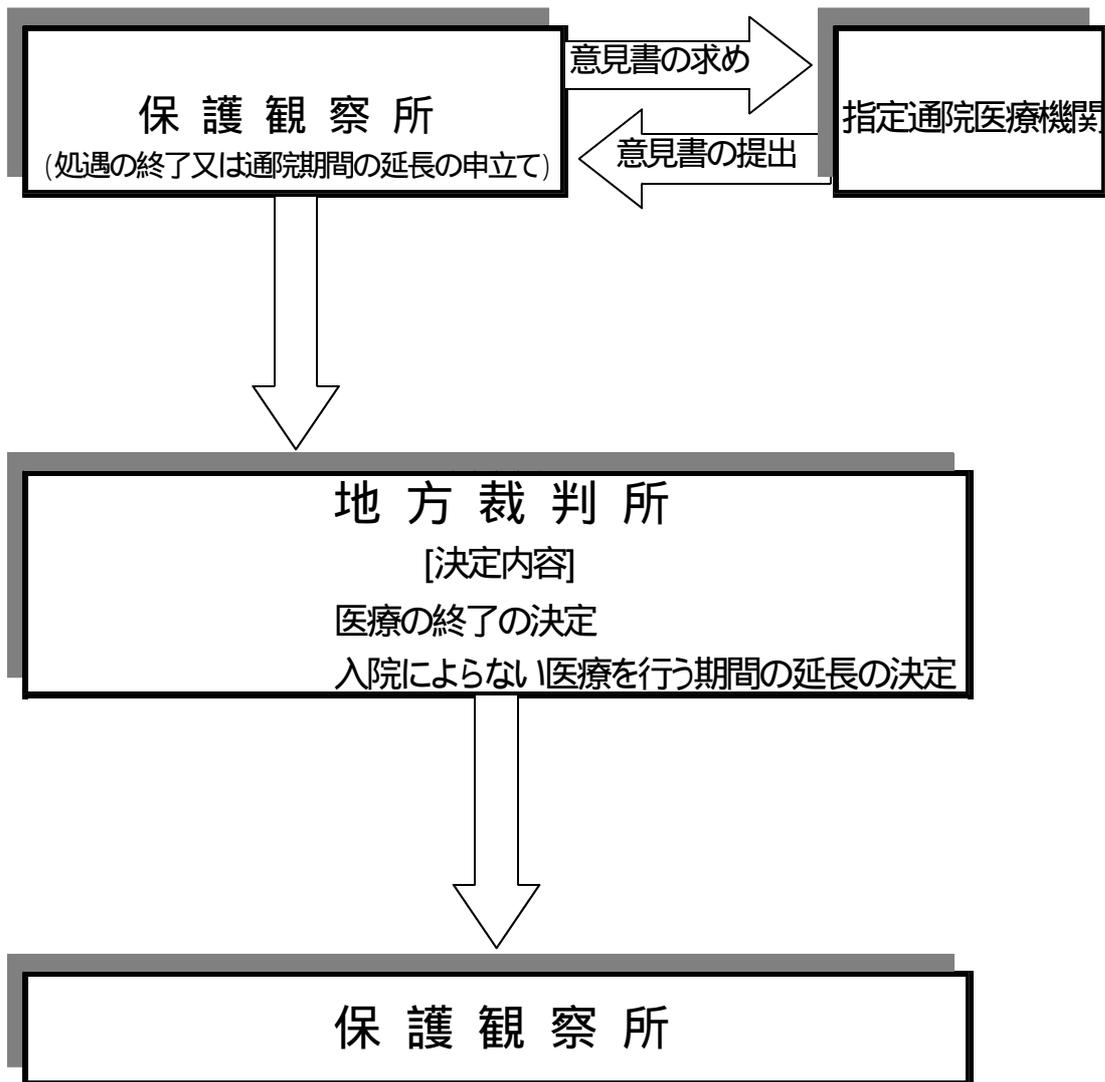
再入院等の申立ての方式（最規 8 3 条）

再入院等の申立ては、裁判所に対し、申立ての趣旨及び理由等を記載した書面でしなければならない。

再入院等の申立ての通知（最規 8 4 条）

再入院等の申立てがあったときは、裁判所は、速やかに、その旨を対象者及び付添人等に通知しなければならない。

処遇の終了又は通院期間の延長のフロー図



(4) その他の主な事務

転居等による指定通院医療機関の変更

指定通院医療機関は、法第89条第2項に基づき、本法による通院決定を受けた者に対する入院によらない医療を提供する義務を有しており、指定通院医療機関の変更については、原則として、次のような場合に行われるものであり、病院運営上の理由による変更は認められない。

- ・ 変更により医療の実施に支障を生じないこと。
- ・ 社会復帰の促進を図るために、特に必要がある（転居による通院のための移動時間の延長等）こと。

対象者が転居の届出を保護観察所に提出した場合において、指定通院医療機関の変更の必要がある場合には、保護観察所（転居先）は、生活環境等の調査を行い、当初審判の際に準じて、地方厚生局、転居先の想定される指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議が行われる。

転居等が対象者の医療の継続や社会復帰の促進を図る観点から適当でないと思われる場合には、保護観察所を中心に関係者が協力して、対象者に対して懇切・丁寧に説明を行う。

想定される指定通院医療機関は、円滑な受入のため必要がある場合には、保護観察所や現在の指定通院医療機関等に対し、対象者の病状等の情報提供を求めることができる。

想定される指定通院医療機関との協議が整った場合には、保護観察所から地方厚生局に、その旨の通知がなされ、確認のための連絡が、地方厚生局から当該指定通院医療機関になされる。当該確認を受けた指定通院医療機関については、現在の指定通院医療機関の意見を聴きながら、通院医療の内容確定のための事前準備を進める。

転居がなされた場合には、保護観察所から地方厚生局にその内容が通知され、その通知を受けて、地方厚生局が、当該対象者の通院医療を担当する指定通院医療機関を正式に決定し、当該医療機関にその旨を通知する。

また、保護観察所が、ケア会議を開催するなどして、指定通院医療機関、都道府県、市町村等の関係機関等と協議した上で、速やかに処遇の実施計画が作成される。

なお、想定される指定通院医療機関は、転居先にある複数の指定通院医療機関の中から、できるだけ対象者の転居先に近いものとするのが原則となる。

転居等による指定通院医療機関の変更

対象者からの保護観察所への転居等の届出



転居等の妥当性に関する吟味(保護観察所)

適当でない場合は、保護観察所を中心に対象者へ懇切・丁寧に説明



生活環境の調整(保護観察所(転居先))

医療機関や都道府県・市町村等と協議



想定される指定通院医療機関との調整(保護観察所)

保護観察所からの通知を受けて地方厚生局より確認の連絡



退院後必要となる医療内容の検討(想定される通院医療機関)

保護観察所や現在の通院医療機関の情報に基づく検討



対象者による転居等の実行

指定通院医療機関の決定(地方厚生局(転居先))

地方厚生局より対象者に通知



処遇の実施計画の作成(保護観察所(転居先))

ケア会議の開催等により作成



転居先等における通院医療の開始

長期旅行への対応

対象者が長期旅行の届出を保護観察所に行った場合には、保護観察所から指定通院医療機関に、医療の継続性の面で支障がないか意見を聴かれるので、通院処遇ガイドラインに基づく評価結果に従い、必要な情報提供を保護観察所に行う。

長期旅行等が対象者の医療の継続や社会復帰の促進を図る観点から適当でないと思われる場合には、保護観察所を中心に関係者が協力して、対象者に対して懇切・丁寧に説明を行う。

また、指定通院医療機関は適正かつ円滑な処遇を確保するため必要があると認められるときは、保護観察所から協力を求められることがある。ただし、医療費については決定された指定医療機関ではないことから医療保険による対応のこと。

対象者等による処遇の終了の申立て

法第55条に基づき、本法による審判の決定により通院している者、その保護者又は付添人（以下、「対象者等」という。）は、地方裁判所に対し、本法の医療の終了の申立てをすることができる。

この申立てがあった場合には、裁判所からの連絡を受けた保護観察所より、指定通院医療機関の管理者に通知される。また、対象者等から処遇の終了の申立ての審判に対し抗告がなされた場合も同様である。

この申立てに基づき、本法による医療を修了する旨の決定（以下、「処遇修了」という。）があった場合には、保護観察所の申立てによる処遇終了と同様の取り扱いとなる。

なお、対象者等の審判上の権利義務関係は、次のとおりである。

< 本法上の権利義務関係 >

事実の取調べに対する協力（法24条3項）

本法の対象者の処遇を決定する審判において、必要がある場合には事実の取り調べが行われるが、その際、必要な事項の報告、資料の提出その他の協力を求められることがある。協力を求められた場合においては、積極的に協力する。

審判期日における出席（法31条5項）

裁判所は、指定医療機関の管理者又はその指定する医師に対し、審判期日に出席することを求めることができる。求められた場合には、積極的に出席する。

詳細については、法務省及び関係機関と協議中である。

< 最高裁規則上の権利義務関係 >

処遇の終了の申立て方式（最規 79 条）

対象者、その保護者又は付添人が処遇終了の申立ては、裁判所に対し、申立ての趣旨及び理由等を記載した書面でしなければならない。

保護観察所への通知（最規 80 条）

対象者、その保護者又は付添人から処遇終了の申立てがあったときは、これを受けた裁判所は、速やかに、その旨を保護観察所の長に通知しなければならない。

4 . 通院中の対象者に関する留意事項等

(1) 精神保健福祉法による入院の選択

医療観察法による入院によらない医療を受けている対象者については、精神保健福祉法による任意入院・医療保護入院・措置入院などを行うことが可能であり、指定通院医療機関その他の関係機関は対象者の病状に応じて適切な医療を行う必要がある。実際の運用においては、対象者の病状の悪化が認められた場合には、対象者に適切な精神科救急医療を提供するとともに、必要な医療を確保し、医療観察法による入院による医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うためにも、必要かつ適切と判断される場合は精神保健福祉法による入院等を活用するべきである。

その際、ケア会議等であらかじめ定めた方針に従い、既存の精神科救急医療システム等を積極的に活用する。

精神保健福祉法に基づく入院の期間中、精神保健観察は停止することなく続けられる（通院期間は進行する。）。この場合、指定通院医療機関においては、保護観察所とともに、対象者が入院している医療機関と連携を図り、必要とされる医療の確保はもとより、当該医療の一貫性の確保に留意する。

(2) 必要な診療記録の保管

診療記録の開示については、「診療情報の提供に関する指針」（平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知）に定めるところによる。

医療従事者等は、患者等が患者の診療記録の開示を求めた場合には、原則としてこれに応じなければならない。

診療記録の開示の際、患者等が補足的な説明を求めてきたときは、医療従事者等は、できる限り速やかにこれに応じなければならない。この場合にあっては、担当の医師等が説明を行うことが望ましい。

必要な診療記録等について、今後記載予定。

(3) 通院処遇の改善に向けた取組みへの参画

本法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、共通評価項目を含め、定期的な通院処遇ガイドラインの見直しに反映させるため、指定通院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診察に関する様式や評価項目・方法に関し可能な範囲で統一を図り、厚生労働省等から求めがあった場

合には、必要な情報を提供したり、医療内容の改善策について提言する。

(4) 個人情報の取扱い

個人情報の取り扱いについては、本法に定めるほか、「診療情報の提供等に関する指針」(平成15年9月12日付け厚生労働省医政局長通知)等に定めるところによる。

法117条3項

指定医療機関の職員又はその職にあった者が、この法律の規定に基づく指定医療機関の管理者の職務の執行を補助する際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らした時は1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

医療従事者等は、診療情報の提供が次に掲げる事由に該当する場合には、診療情報の提供の全部又は一部を提供しないことができる。

- ・ 診療情報の提供が、第三者の利益を害するおそれがあるとき
- ・ 診療情報の提供が、患者本人の心身の状況を著しく損なうおそれがあるとき

指定通院医療機関の管理者は、求めに応じて提供を受けた裁判所、他の医療施設からの対象者に関する資料を適切に管理すること。

5 . 地域連携体制の確保

(1) 通常時における関係機関等との連携

事務に応じて関係する機関の範囲が異なるが、通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行う。

なお、地元自治体との関係については、指定入院医療機関とは異なり、通常のケア会議の中で必要な情報交換を行う。

対象者の処遇に関する一般的連携、処遇決定手続等に関する事項

- ・ 保護観察所その他のケア会議のメンバー

通院中の医療に関する事項

- ・ 地方厚生局

処遇終了又は通院期間の延長の申立て

- ・ 保護観察所
- ・ 地方厚生局
- ・ 地方裁判所

通院医療機関の変更

- ・ 保護観察所
- ・ 地方厚生局

監査等

- ・ 地方厚生局

診療報酬等

- ・ 支払基金等

その他の業務

- ・ 都道府県主管課
- ・ 精神保健福祉センター
- ・ 保健所
- ・ 市町村等主管課
- ・ 福祉事務所
- ・ 指定入院医療機関
- ・ 精神障害者社会復帰施設

(2) 緊急時における対応体制の確保

緊急時における対応体制は、ケア会議の中であらかじめ定められることとなるので、これに該当する事故等が生じた場合には、速やかに関係機関等に連絡を行うこと。

6 . その他

(1) 監査等の実務

本法に基づく医療等が適切に実施されているか、また、指定通院医療機関として適切な運営が行われているかについて、本法第 8 5 条第 1 項に基づき、5 年に 1 回程度の定期的な検査を行い必要な指導を行うものとする。

なお、具体的な実施要領は、別途定める手続き要領によるものとする。

報告の請求及び検査（法第 8 5 条第 1 項）

厚生労働大臣は、前条第 1 項の規定による審査のため必要があるときは、指定医療機関の管理者に対して必要な報告を求め、又は当該職員に、指定医療機関についてその管理者の同意を得て、実地に診療録その他の帳簿書類を検査させることができる。

報告の請求及び検査（法第 8 5 条第 2 項）

指定医療機関の管理者が、正当な理由がなく前項の規定による報告の求めに応ぜず、若しくは虚偽の報告をし、又は同項の同意を拒んだときは、厚生労働大臣は、当該指定医療機関に対する診療報酬の支払を一時差し止めることができる。

(2) 診療報酬請求事務手続き

手続きの内容が決まってから記述（別途手続要綱を作成する。）

(5) 通院処遇ガイドライン

本ガイドラインは、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における指定通院医療機関における標準的な処遇の概要を定めたものであるが、各種ガイドライン等と調整すべき点については、現時点では、必ずしも十分な調整状況ではなく、今後、最終的にとりまとめる段階で整合性を図るものとしている。

通院処遇ガイドライン（案）

目次

総論

- 1 医療観察法における通院処遇の位置づけと目標・理念
 - 1) 通院処遇の位置づけ
 - 2) 通院処遇の目標・理念
 - (1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現
 - (2) 標準化された臨床データの蓄積に基づく多職種チームによる医療提供
 - (3) プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供
 - 2 指定通院医療機関の役割と処遇方針
- 別添：退院決定（退院地の決定）から処遇終了までの流れ

通院処遇の留意事項

- 1 医療の質を確保する組織形態
- 2 治療プログラム
 - 1) 多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施
 - 2) 精神疾患にかかる薬物療法
- 3 治療評価と記録
 - 1) 継続的な評価
 - 2) 共通評価項目
 - 3) 記録等の標準化
- 4 その他
 - 1) 医療情報の取り扱い
 - 2) 入院処遇との連携確保

退院決定から処遇終了までの流れ

- 1 通院開始前
 - 1) 対象者の入院決定から退院まで
 - 2) 対象者が当初審判において通院決定を受けた場合
- 2 通院開始後
 - 1) 前期通院治療
 - 2) 中期通院治療
 - 3) 後期通院治療
 - 4) クリティカルパスから外れた対象者に関する取り扱い

通院中の評価の留意事項

- 1 通院開始時の評価
- 2 処遇終了等に係る評価
 - 1) 処遇終了
 - 2) 通院期間延長
 - 3) 入院

その他の留意事項

- 1 通院医療の決定
- 2 精神保健福祉法による入院の選択
- 3 個別医療行為の留意事項

別添：対象者の病状悪化時の対応に係るフローチャート（検討中）

処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

事例集（参考）

別添：通院医療クリティカルパス（イメージ）

別添：共通評価項目の解説とアンカーポイント（第一次案）

総論

1 医療観察法における通院処遇の位置づけと目標・理念

1) 通院処遇の位置づけ

医療観察法の目的は、その第1条において、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされている。

本制度の対象者への地域社会における処遇では、精神保健福祉法に基づく精神保健福祉サービスを基盤として本制度に基づく処遇の体制が形づくられるものである。

本ガイドラインは、地域社会における処遇のガイドライン等に定める社会復帰に向けた取り組みの中で、主に対象者の通院処遇に関して指定通院医療機関の果たす役割に焦点を当てて記載されたものである。

2) 通院処遇の目標・理念

(1) ノーマライゼーションの観点も踏まえた対象者の社会復帰の早期実現

継続的かつ適切な医療を提供し、様々な問題を前向きに解決する意欲や社会で安定して生活する能力（必要な医療を自立的に求めることも含む）を高める。

他害行為について認識し、自ら防止出来る力を獲得する。

被害者に対する共感性を養う。

(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

関係法令等を遵守しつつ、入院中や退院後の観察・評価に基づき、継続的・計画的に医療を提供する。

リスクアセスメントを重視して、観察・評価を継続的に実施する。

対象者の病状に応じて、適切な危機介入を行う。

(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

治療内容について対象者及び家族に対して十分な説明を行う。

地元自治体等の要請に対しても、必要な情報提供を行う。

2 指定通院医療機関の役割と処遇方針

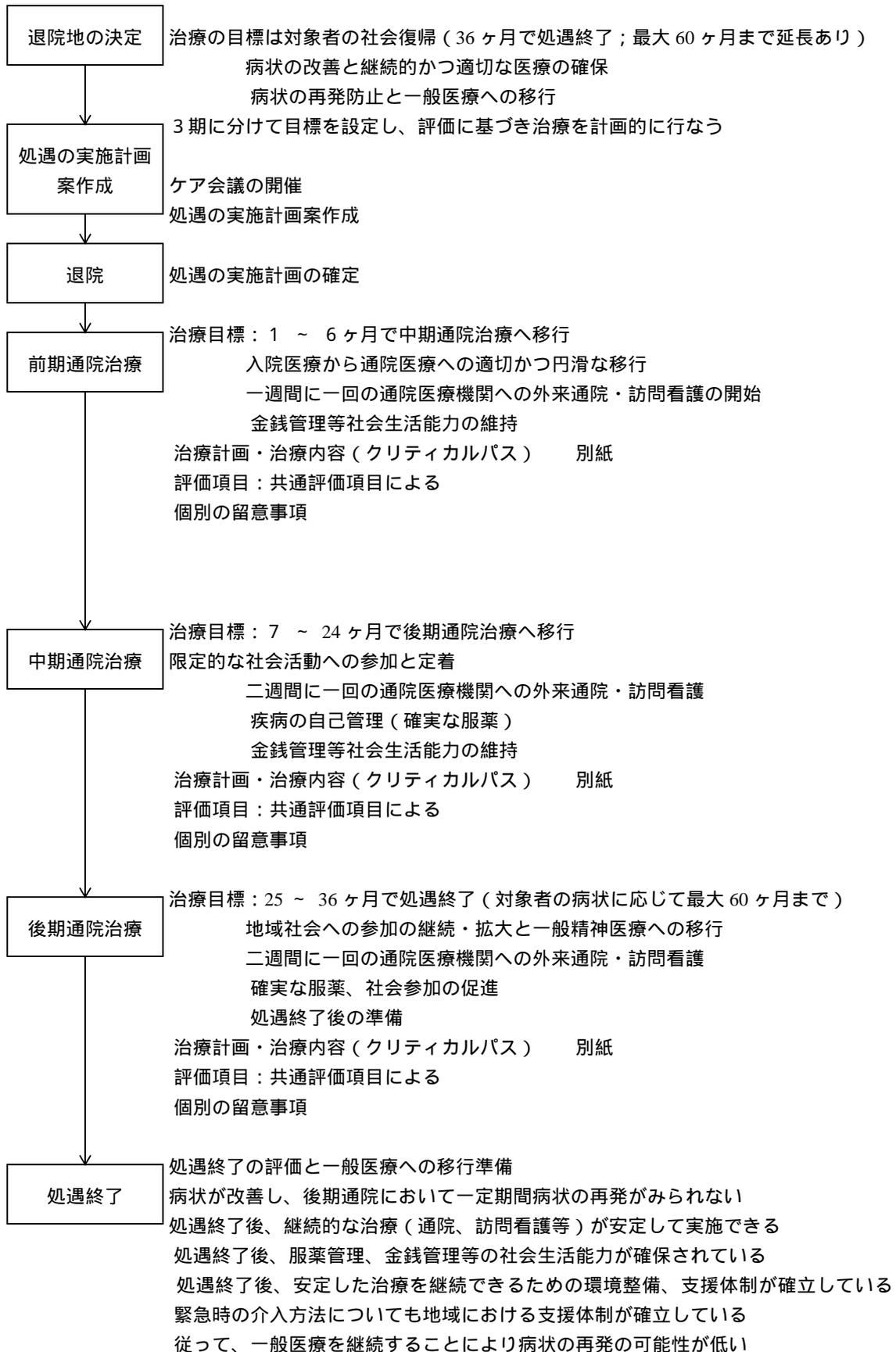
指定入院医療機関から退院、あるいは通院決定を受けた対象者について、対象者の状況に応じて訪問や通院による専門的な医療を提供するとともに、一時的な病状悪化の場合などには、精神保健福祉法等により、入院医療を提供することも想定する。

通院期間を「通院前期」、「通院中期」、「通院後期」の3期に分けて目標を設定し、3年以内に一般精神医療への移行を目指す。

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深めるために、十分な説明を行い対象者の同意を得られるように努める（必要に応じ対象者が参加する多職種チーム会議を実施）。

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。

退院決定（退院地の決定）から処遇終了までの流れ



通院処遇の留意事項

1 医療の質を確保する組織形態

通院処遇の実施にあたっては、以下の点に留意するものとする。

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等が、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。

指定通院医療機関の担当者は、保護観察所が開催するケア会議に参加し、処遇の実施計画の作成に協力する。

指定通院医療機関は必要に応じ保護観察所にケア会議の開催を提案することができる。

(注)

処遇の実施計画：保護観察所の長は、指定通院医療機関の管理者や都道府県知事及び市町村長と協議の上、対象者の処遇に関する実施計画を定める。(法律第104条)

ケア会議：保護観察所の長は、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。(法律第108条)

多職種チーム会議

主に指定通院医療機関内の多職種チームにより、対象者に個別の治療計画を作成し、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。会議には必要に応じ対象者本人も参加する。なお、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る。

複数の通院医療機関から医療が提供される場合

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(例えば、外来診療と訪問看護をそれぞれ別の医療機関が担う場合)には、医療機関相互の連携を十分に保つため、定期的な評価会議等を行う必要がある。

2 治療プログラム

1) 多職種チームによる個別の治療計画の策定と実施

指定通院医療機関内の多職種チームにより、対象者毎に個別の治療計画を作成し、各職種が連携を図りながら医療を提供する。

全ての対象者に個別の治療計画を作成する。

基本的に、対象者の同意を得た治療計画を作成する。

治療計画は専門職ごとに立案し、多職種チームで協議して決定する。

個別の治療内容についての最終的な判断は医師が行う。

治療計画の最終判断主体は指定通院医療機関の管理者とする。

リスクアセスメントとマネジメントを重視する。

標準化された様式に沿って作成する。

多職種チームによる継続的な評価結果を踏まえ、適宜見直しを行う。

2) 精神疾患に係る薬物療法

精神疾患に係る薬物療法については、以下を基準とする。

各疾患のアルゴリズム（治療指針）に沿って多剤を避け、同種同効の薬剤は単剤を基本とする。

（薬剤の使用方法については、「統合失調症治療ガイドライン（監修；精神医学講座担当者会議）」などを参考にする。）

3 治療評価と記録

1) 継続的な評価

評価に係る標準的なパターンは次の通りとする。

毎月1度、多職種チームで評価を行い、翌月の治療プログラムを計画する。

3ヶ月に1度、多職種チームで評価を行い、翌3ヶ月の治療プログラムを計画する。

通院後期（3年を経過し通院継続をする場合を含む）においては、多職種チームで本法による通院処遇の継続の必要性について評価を行い、必要性が認められない場合には、保護観察所に処遇終了に係る意見を述べる。

3年を経過する時点で、多職種チームで本法による通院処遇終了について評価を行い、必要があれば、通院継続の意見を保護観察所に提出する。

2) 共通評価項目

入院から通院を通しての治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の統一、各施設の治療標準化を図るために、共通評価項目を設ける。

共通評価項目を基本とする評価を通して、対象者の全体的な評価を行うが、共通評価項目の評価方法は、リスクアセスメントとマネジメント及び国際機能分類（ICF）の生活機能評価と互換性を有する指標に基づくものとする。

共通評価項目は以下の17項目とする（別添参照）。

共通評価項目

「精神医学的要素」

- ・ 精神病症状
- ・ 非精神病性症状
- ・ 自殺企図

「個人心理的要素」

- ・ 内省・洞察
- ・ 生活能力
- ・ 衝動コントロール

「対人関係的要素」

- ・ 共感性
- ・ 非社会性

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">・対人暴力 <p>「環境的要素」</p> <ul style="list-style-type: none">・個人的支援・コミュニティ要因・ストレス・物質乱用・現実的計画 <p>「治療的要素」</p> <ul style="list-style-type: none">・コンプライアンス・治療効果・治療・ケアの継続性 |
|--|

3) 記録等の標準化 現在、様式等を整理中。

4 その他

1) 医療情報の取り扱い

通常より、円滑な情報交換等の体制確保や連絡網の確認等を行い、社会復帰調整官・保護者等への情報提供を行う。

通院処遇においては、地域の実情により、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もあり得るが、その場合には、それぞれの診療内容の整合性を図るため、連絡調整のための会議を定期的を開催し、治療計画の調整を図ることが必要である。

なお個人情報の取扱いについては、本法に定めるほか、地域処遇ガイドラインや「診療情報の提供等に関する指針」(平成 15 年 9 月 12 日付け厚生労働省医政局長通知)等に定めるところによる。

2) 入院処遇との連携確保

指定通院医療機関は、入院中の対象者の社会復帰期の外泊に際して指定入院医療機関より必要な情報を入手し、通院開始後も指定入院医療機関から必要な情報を受け取るものとする。

必要な情報の内容については今後整理。

対象者発生から処遇終了までの流れ

1 通院開始前

1) 対象者の入院決定から退院まで

対象者の退院後の通院先候補となった指定通院医療機関は、社会復帰調整官からの連絡を受け、対象者の処遇に関する意見交換を行う。

対象者の外出・外泊時において、指定通院医療機関は、対象者をはじめ保護観察所、都道府県・市町村等の設置する専門機関のスタッフと面談する。

地方厚生局から対象者の通院先として内定を受けた指定通院医療機関は、対象者の居住地の保護観察所が開催するケア会議に参加し、保護観察所、都道府県、市町村等と協議の上、対象者の処遇の実施計画の作成に協力する。

指定通院医療機関は、必要な診療情報を指定入院医療機関より入手するとともに、指定入院医療機関と連携して、退院後に必要となる医療の内容について検討する。

2) 対象者が当初審判において通院決定を受けた場合

地方厚生局から対象者の通院先として内定を受けた指定通院医療機関は、対象者の居住地の保護観察所が開催するケア会議に参加し、保護観察所、都道府県、市町村等と協議の上、対象者の処遇の実施計画の作成に協力する。

2 通院開始後

1) 前期通院治療

(治療目標；1～6ヶ月で中期通院治療へ移行)

通院医療への適切かつ円滑な移行
通院開始時の評価と治療計画の作成
安定的な通院医療の確保

(対象者の到達レベルの目安)

地域生活に慣れる。
外来通院や服薬など必要な医療を利用出来る。
計画的な生活が出来る。

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

対象者との信頼関係の構築に重きを置く。
対象者の個別性の把握に努める。

入院処遇に引き続いて行われる場合にあっては、入院処遇で行われた医療内容との整合性に考慮する。

「訪問援助における留意事項」

対象者との信頼関係の構築に重きを置く。
対象者の自立生活能力(パーソナルケア・安全管理等)のアセスメントを行う。

対象者の居住環境を把握し、対象者が在宅(またはグループホーム等)生活に早く慣れるよう、医学的見地からの相談・援助を行う。

必要な服薬に関して、服薬状況を把握し、対象者と協働して服薬管理に携わる。

可能ならば精神保健福祉士による調整を行い、できるかぎり複数で、多職種混合の形で訪問することが望ましい。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

指定通院医療機関が対象者に提供できる治療的プログラムの中で、対象者の個別性に鑑みて適切なものを選択する。

対象者がなじめるような関わり方について、スタッフで意見交換を行う。

2) 中期通院治療

(治療目標；7～24ヶ月で後期通院治療へ移行)

限定的な社会活動への参加と定着

定期的な評価と治療計画の見直し(適宜)

疾病の自己管理

金銭管理等社会生活能力の維持

(対象者の到達レベルの目安)

生活を楽しむことが出来る。

趣味を見つけることが出来る。

地域の人と交流が出来る。

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

対象者に必要な薬物療法等について適宜再検討を行う。

対象者の行動範囲の拡大に伴うリスクの変動について注意する。

「訪問援助における留意事項」

通院前期に引き続き、対象者が独りで出来ることの確認と向上を促す(衣替え、公共料金の支払い等)

可能ならば、複数の機関(精神保健福祉センター、保健所、地域生活支援センター等)の協働による訪問を行うことが望ましい。

日常生活行動(衣・食)や健康管理に関する支援を行う。

必要な服薬に関して、服薬状況を把握し、対象者と協働して服薬管理に携わる。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

通院処遇を通じての対象者の変化についてスタッフで意見交換を行う。

可能な範囲でより自主的・積極的なプログラム(料理、手工芸、ハイキング等)への参加を促す。

他患者との交流関係について把握する。

3) 後期通院治療

(治療目標；25～36ヶ月で処遇終了(対象者の病状に応じて最大60ヶ月まで延長))

地域社会への参加の継続・拡大と一般精神医療への移行

必要な医療の自主的かつ確実な利用、社会参加の促進

処遇終了の準備

(対象者の到達レベルの目安)

継続して必要な服薬が出来る。

安定した生活が送れる。
将来の見通しが立てられる。

(提供される医療サービスごとの留意事項)

「外来診察における留意事項」

一般精神医療への移行準備にあたり、各種治療プログラムの実施頻度や到達目標の見直しを行う。

必要な薬物療法について適宜再検討を行う。

処遇終了に向けての対象者の気持ちの変化に注目する。

対象者の社会における対人関係(他者との協調性・自発性等)を評価する。

「訪問援助における留意事項」

対象者の自立的活動を促すことに重きを置いた援助を行う。

対象者に自らの社会的役割を意識させるような援助を行う。

処遇終了に向けての対象者の気持ちの変化に注目する。

対象者の社会における対人関係(他者との協調性・自発性等)を評価する。

「デイケア・作業療法・集団精神療法等における留意事項」

通院処遇を通じての対象者の変化についてスタッフで意見交換を行う。

デイケア等の今後の活用方法について対象者と話し合う。

「地域生活支援における留意事項」

一般精神医療における医療費について試算し、対象者の経済状況に鑑みて適宜助言を行う。

処遇終了後に他の医療機関に通院することが想定される場合は、通院先との連携を密に行う。

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

4) クリティカルパスから外れた経過を辿る対象者に関する取り扱い

対象者によってはクリティカルパスから外れた経過を辿ることも想定されるが、その場合の取り扱いについては関係機関と相談の上で柔軟に対処するものとする。

通院中の評価の留意事項

1 通院開始時の評価

通院開始時には、基本的に入院医療における評価を引き継ぐという考えのもとに、家族歴、発達・生活歴、薬物使用歴、病歴と治療歴、暴力や触法行為とその処遇歴、今回の対象行為と責任能力評価、医療観察法における鑑定や審判決定などを考慮しつつ、対象者に関する総合的な評価を行う。

診断は ICD-10 を用い、生活全般の評価は、国際生活機能分類（ICF）等を参考にする。

これらの評価に基づき治療計画を作成する。

2 処遇終了等に係る評価

1) 処遇終了

病状が安定し、この法律による医療を受けさせる必要があると認めることができなくなった場合には、この法律による通院を終了する旨の意見書を作成する。

処遇終了の指標として、共通評価項目を参考にするほか、以下の要件を目安とする。

病状が改善し、後期通院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も地域における支援体制が確立している

2) 通院期間延長

通院処遇開始後、3年を経過する時点で、なお病状が不安定で、評価の結果、継続してこの法律による医療を受けさせる必要があると認める場合には、通院の延長に関する意見書を作成する。

3) 入院

指定通院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、対象者の対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院をさせてこの法律による医療を行う必要があると認めるに至ったときは、直ちに、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならない。

その他の留意事項

1 通院医療の決定

本法律による通院医療の実施にあたっては、入院処遇を経由してくる場合と入院処遇を経由せずに裁判所の審判により直接通院処遇となる場合（当初審判における通院決定）があることに留意する必要がある。

後者（当初審判における通院決定）においては、対象者に関する情報が少ないため、保護観察所と十分な連携のもとに通院処遇を開始する必要がある。

2 精神保健福祉法による入院の選択

医療観察法による入院によらない医療を受けている対象者については、精神保健福祉法による任意入院・医療保護入院・措置入院などを行うことが可能であり、指定通院医療機関その他の関係機関は対象者の病状に応じて適切な医療を行う必要がある。実際の運用においては、対象者の病状の悪化が認められた場合には、対象者に適切な精神科救急医療を提供するとともに、必要な医療を確保し、医療観察法による入院による医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うためにも、必要かつ適切と判断される場合は精神保健福祉法による入院等を活用すべきである。

その際、ケア会議等であらかじめ定めた方針に従い、既存の精神科救急医療システム等を積極的に活用する。

精神保健福祉法に基づく入院の期間中、精神保健観察は停止することなく続けられる（通院期間は進行する）。この場合、指定通院医療機関においては、保護観察所と共に、対象者が入院している医療機関と連携を図り、必要とされる医療の確保はもとより、当該医療の一貫性の確保に留意する。

3 個別医療行為の留意事項

・身体合併症への対応

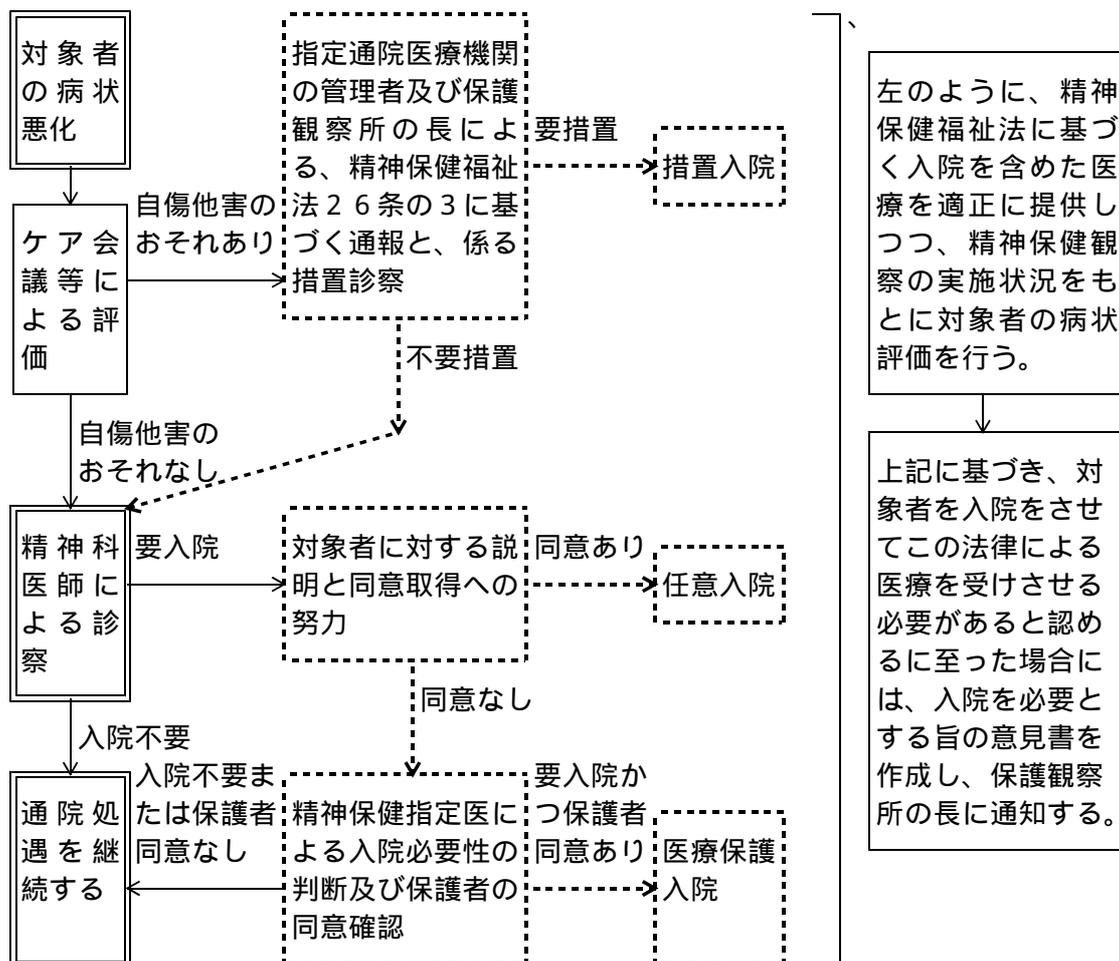
身体合併症に対しては、その治療を指定通院医療機関で行うか、治療のために対象者を他の医療機関に紹介するかといった判断があり得る。これらの判断は基本的には担当の医師が行う。

身体合併症への対応が円滑に行われるよう、指定通院医療機関は、日頃から地域の医療機関との連携・連絡体制を整備しておく。

詳細については今後整備

費用については今後指定通院医療機関運営ガイドラインで整理

対象者の病状悪化時の対応に係るフローチャート（検討中）



上図において、実線の部分は医療観察法による処遇、点線部分は精神保健福祉法による処遇を指す。

対象者が精神保健福祉法による入院中であっても精神保健観察は継続される。

精神保健福祉法による入院先は指定通院医療機関である必要はない。

対象者が精神保健福祉法による入院中であっても、本法律による入院医療を受けさせる必要があると認められる場合には、同入院医療を必要とする旨の意見書を作成する。

処遇・治療及び評価等のデータ集積とガイドラインの見直し

医療観察法における評価及び処遇・治療の効果を客観的に検証し、共通評価項目を含め、通院処遇ガイドラインの定期的な見直しに反映させる。この過程における必要なデータ等は、プライバシーに十分配慮したうえで可能な範囲で公開する。

このため、指定通院医療機関は、定められる様式以外にも、協力して評価・診療に関する様式や評価項目・方法に関し可能な範囲で統一を図る。

事例集（参考）

心神喪失等の状態で他害行為を行った精神障害者に対して、現行制度において多職種連携や社会資源の活用等により地域生活支援を継続している事例を参考に示す。

事例 1

大学卒業頃より幻聴があった。翌年留学するも半年で帰国。28歳時に精神科を初診し統合失調症の診断となる。月一回程度の受診をしていたが3年で中断。31歳時、被害妄想により他害事件を起こし警察官通報による措置入院となった。薬物療法により幻聴、被害関係妄想は軽減したが、入院前に住んでいたアパートは退去となり、家族との関係も悪く自宅への退院も困難であったため、精神保健福祉士を中心とする多職種による退院支援を開始した。家族関係を修復しアパート契約の保証人を依頼すると共に、食事・ゴミ捨て・金銭管理・服薬管理など生活能力向上を目指し、デイナイトケア体験通所、退院前訪問指導を経てアパートに退院となった。

退院後はデイナイトケア通所と訪問看護を併用した。デイナイトケアでは再発防止のため服薬管理プログラム等を行い、訪問看護では金銭管理の支援、部屋の掃除やゴミ分別等の生活支援を行った。生活のリズムが安定したため、生活支援センターの就労支援プログラムに参加。プログラム終了後、派遣会社に採用となり、週5日間フルタイムで就業。就労後も訪問看護を行い、受診の継続、服薬管理、仕事のストレスへの対処等を中心に支援を行った。仕事の疲労、ストレスが重なり、退職するが、その後もデイナイトケアに通所して生活リズムを整え、経済的には生活保護の申請支援を行う等、安定した生活ができるように支援を継続している。

事例 2

中卒後就労するが、被害関係念慮が出現し職場を転々とする。家族の薦めで精神科病院受診し外来通院するが怠薬傾向。数回の入院歴あり。怠薬を契機に幻聴・独語が出現、幻聴・妄想に基づき隣人を殺害し措置入院となる。入院後は薬物療法によく反応し、措置解除し開放病棟に移った後も積極的に作業を行うなど安定した状態が続き、入院後一年で退院となった。

退院後は福祉ホームへ入居し、職親の会社で働く。だんだん仕事が増えたが自分で調節して休むことができた。その後アパートへ引越し、仕事を変えながら働きつづける。不安を訴え自ら入院することもあったが短期で退院し元の職場に戻り、通院を続ける。その後本人の希望でグループホームに入居した。

事例 3

23才で結婚後しばらくして不眠となり、幻聴・妄想が出現。翌年精神科を初診し入院。退院後離婚となる。以後軽快増悪を繰り返し、次第に家に閉じこもるようになり、妄想に基づき父親を殺害した。警察経由で医療保護入院となる。以後十数回の入退院をしながら治療を続けていたが、退院後の生活も見据えて他院に転院した。転院先では自身の症状や過去のことをふり返りながら整理させつつ、作業療法や集団精神療法にも積極的に参加。約一年間、地域生活を目標に治療とリハビリテーションに取り組む。ケースカンファレンスを実施し、本人をはじめ兄弟、関係各機関担当者がそれぞれの役割を確認した後、共同住居への入所となる。

退院当初は対人関係の不安が強かったが、世話人や当事者による代替世話人、地域生活支援センタースタッフなどの訪問支援もあり、家事の役割分担や共同作業を通じて徐々に関係を築くことができた。自分の気持ちも相手に言えるようになってきた。日中の活動の場としてのデイケアでは、SSTやグループワークにも積極的に参加し、集団場面での発

言も増えてきた。さらに、肯定的な関わりを続けるスタッフとの間では自身の疾病や障害への理解や健康の維持についての相談があるなど、個別活動からも本人の回復への意欲がみられてきた。徐々に比較的冷静に過去を振り返ることができるようになった。

事例 4

中卒で就労するが、徐々に独語や奇行が出現。家族が精神科受診を促すが拒否。その後傷害事件を起こし警察に保護される。措置診察により統合失調症と診断され措置入院となる。幻聴・誇大妄想・被害妄想が目立ち、易怒性が強く暴力的であったが次第に病状安定したため退院に向けた外泊が検討されたが、家族の受入が困難で入院が長期化した。最終的には経済的問題について家族で話し合いを行い、一家で県営住宅に転居すると共に退院となった。

退院後は、県営住宅にて家族と同居し不定期に就労していた。主治医の勧めによりデイケア通所を開始。家族間で金銭問題でのトラブルが絶えず、本人の希望にてケアマネジメントを導入した。精神保健福祉士が自宅を週に数回訪問し、本人・家族とデイケア・訪問・グループホームの看護師を交えたカンファレンスを行い、グループホームに入所。入所後もデイケアと訪問看護を利用した。状態が安定ししばらく訪問看護を中断していたところ、硬い表情や妄想を思わせる発言が見られたため、訪問看護を行い服薬中断が明らかとなった。本人に受診を促し、任意入院にて薬物療法を再開したところ状態は安定したため、再入所後のサービスについてカンファレンスで相談したのちグループホームに退院した。その後もしばしば服薬中断による状態変化は見られたが、デイケアや訪問看護・地域生活支援センターの訪問支援などにより早期介入を行い、在宅生活は継続されている。

通院医療クリティカルパス(イメージ)

	1ヶ月目	2～6ヶ月目(前期)	7～24ヶ月目(中期)	25～36ヶ月目(後期)
本人の目安	地域生活に慣れる 外来通院ができる 必要な薬がきちんと飲める 社会資源の利用	計画的な生活ができる 生活上の困りごとを表現し相談できる 金銭管理ができる	生活を楽しむことができる 趣味を見つける 地域の人と交流ができる	継続して必要な服薬ができる 安定した生活が送れる 将来の見通しが立てられる
評価・治療検討	指定通院医療機関への移行	安定的な通院	限定的社会への参加	地域社会への参加の継続・拡大 一般精神医療への移行
外来通院(リスク評価とリスク管理を含む)	週1回	週1回	2週に1回	2週に1回
訪問看護	週2～3回	週2～3回	週1～3回(必要に応じて)	週1回(必要に応じて)
服薬のコンプライアンス	訪問時確認			
日常生活動作 (食事・入浴・排泄・清潔・服薬)	訪問時確認		(必要に応じて)	(必要に応じて)
検査	血液・尿検査・心電図等 (3月に1回) 心理検査			
デイケア 作業療法	週1～3回 個別作業療法	週1～3回 個別作業療法	週2～4回 集団作業療法	週1～3回 集団作業療法
個別精神療法	週1～3回	週1～3回	週1回	週1回
集団精神療法		週1～2回	週1回	週1回
家族カウンセリング	週1回	週1回	週1回	週1回
ケア会議 多職種チーム会議			移行評価	移行評価 一般精神医療への移行を目的とする連携会議

デイケアや精神療法については、対象者の病状により必要に応じて行う。

鑑定ガイドライン関係

鑑定ガイドライン案

本ガイドラインは、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に基づく鑑定に関し鑑定医が作成する鑑定書の様式を標準化することを目的とし厚生労働科学研究班によりとりまとめられたものであるが、今後、研究者等の意見により変更がある。

心神喪失者等医療観察法鑑定ガイドライン（試案）

（ ）は医療観察法の条項

～ 基本的な考え方 ～

1. 医療観察法の趣旨・概要

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下「本法」という。）は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続き等を定めるとともに、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的としている(1-1)。

2. 本ガイドラインの目的

本ガイドラインは本法に係る鑑定において裁判所に鑑定を命ぜられた医師（以下「鑑定医」という。）が鑑定書に記載すべき要綱について述べ、鑑定医が作成する鑑定書の様式を標準化することを目的とする。また、本法に係る鑑定を行う上での技術的な留意点について記載し、今後における本法に係る鑑定の技術の向上を目指すものである。

3. 本法における鑑定

1) 本法における鑑定の目的

本法に係る鑑定は、対象者に関し、第一に精神障害者であるか否か、第二に対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による入院または通院の医療を受けさせる必要性（以下、医療観察法医療必要性という。）があるか否かの判断のために行われる（37-1）。これらの判断に資するために、鑑定医は対象者の病歴や関連する側副情報を収集し、診察、検査等を実施して意見を述べる。

鑑定は精神障害の種類、過去の病歴、現在及び対象行為を行った当時の病状、治療状況、病状及び治療状況から予測される将来の症状、対象行為の内容、過去の他害行為の有無及び内容、並びに当該対象者の性格を考慮にいれて行い、医療観察法医療必要性に関する意見を付すものである（37-2,3）。

2) 本法で求められる鑑定の種類（入通院・退院及び入院継続・再入院）

第一には、対象行為を行った者について、不起訴処分において心神喪失者若しくは心神耗弱者であると認められた場合、または刑法三十九条により心神喪失を理由とする無罪の裁判若しくは心神耗弱を理由として刑を減輕する旨の裁判（実際に刑に服させることとなるもの

を除く。)が確定した場合、検察官が医療観察法による処遇の要否及びその内容を決定することを申し立てることとなるが、この検察官の申立てに係る審判においては、原則として鑑定が行われる(37)。

第二に、指定入院医療機関の管理者又は対象者等による退院許可の申立てまたは指定入院医療機関の管理者による入院継続の申立てに係る審判において、裁判所が審判のため必要があると認める時には鑑定を命じる場合がある(52)。

第三に、この法律のもとで通院中の対象者に対して保護観察所の長から指定通院医療機関の意見を付して、処遇の終了、通院期間の延長又は入院の申立てがあった場合、当該申立てに係る審判において、裁判所が必要があると認める時には鑑定を命じる場合がある(57、62)。

3) 刑事司法における鑑定との相違

刑事司法で行われる精神鑑定の目的は、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について言及することである。それに対して、本法に係る鑑定の主たる目的は、対象者の医療観察法医療必要性についての意見を述べることである。

英米における刑事司法の精神鑑定では生物学的方法(生物学的・医学的な精神の障害の判定)と心理学的方法(行為の是非弁別能力と行動制御能力)の双方を有する混合的方法によって、責任能力の有無が判断されている。この混合的方法は精神の疾患又は欠陥(ダラム・ルール)、自己の行為の邪悪性を弁別する能力(マクノートン・ルール)、自己の行為を法の要求に従わせる能力(抵抗不能の衝動テスト)を検討するものであり、また訴訟能力の有無の評価も同様の方法で行われている。精神鑑定は専門家による判断ではあるものの、証拠の一つにすぎず、最終的には検察官ないし裁判所が種々の要素を考慮して総合的に責任能力の有無を判断する。

4. 鑑定における考え方

1) 医療観察法医療必要性の判断

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

2) 医療観察法医療必要性に係る3つの評価軸

(1) 疾病性：診断はICD-10による分類を原則とする。また疾病の重症度に関しては臨床的な記述をすると共に例えばICFやGAF等により評価を行う。疾病による弁識能力・制御能力の障害についても評価する。心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者においては、疾病と当該他害行為との関連性が認められるものと考えられるが、その関連性の強さについても本法に係る鑑定において評価することが望ましい。

(2) 治療反応性：治療及び医学的なケアの可能性のないものは本法に係る医療の対象とはならない。治療反応性は、いわゆる治療可能性について医学的判断を行う際の指標の一つとなる。治療反応性は、治療に参加させることが現在から近い将来に渡って可能であるかと、実際に行った治療の効果がありそれが他の場面にも般化しうるかに分けて評価する。

(3) リスクアセスメント：医療観察法では重大な他害行為を行った者を対象にしており、対象者が同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療が必要かどうかを判断するものであるから、対象者のリスクアセスメントは重視される。リスクアセスメントは対象者の環境や経過（文脈）を考慮に入れることなしには論じることができない。リスクの評価にあたっては、臨床的な情報の積み重ねと構造的な評価方法等を参考にする。後述する共通評価項目の17項目はリスクアセスメントの経時的評価のために用いられる。

3) 時間軸の設定

医療観察法における鑑定は、評価を何時の時点のもので行うのか、その時間軸の設定に特徴がある。重大な他害行為を行っているために、リスクアセスメントをはじめ疾病性や治療反応性は、過去と現在そして将来にわたり検討を行うために、長い時間軸の設定を行うことになる。過去に関しては生育歴、生活歴などを遡り、当該行為時、鑑定をしている現在、さらに将来に関する予測など長い時間の中での評価を行う。疾病性や治療反応性、リスクが将来において変化しうるかについて意見を述べる。

～ 医療観察法に係る鑑定書の様式 ～

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

以下に鑑定書の様式の記載事項の原案をあげる。

1. 事実関係に関する記載

対象者の情報：氏名・性別・生年月日・年齢・国籍・本籍・現住所・職業

付添人の情報（該当時）：氏名・事務所所在地

保護者の情報：氏名・住所

鑑定に至る経緯（該当時）：処遇裁判所・裁判官・精神保健審判員・鑑定を命ずる裁判の内容等

裁判関係（該当時）：送致警察署・主任検察官・判決裁判所・事件番号

事件概要：当該他害行為の罪名・当該行為の概要、不起訴処分又は裁判の内容

鑑定日時関係：鑑定開始年月日・鑑定書作成年月日

入院関係（該当時）：入院医療機関名・入院年月日

家族歴：負因・家族に関して特記すべき情報

生活史：出生地・生育歴・学歴（成績）・職歴・性発達歴・婚姻歴・宗教・海外渡航歴

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

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

既往歴：身体疾患罹患及び治療歴・精神疾患罹患及び治療歴・精神科入院回数

薬歴：常用薬物・違法薬物乱用歴・飲酒・喫煙・アレルギー歴

側副情報から特記すべき事項

2. 鑑定に係る意見

「3つの評価軸による対象者の評価（それぞれ時間軸を考慮）」

疾病性：診断・重症度・当該行為と疾患との関連性

治療反応性

リスクアセスメント：共通評価項目・その他リスクに関して特記すべき情報

「主文」

対象者が精神障害者か否か

対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するためにこの法律による医療を受けさせる必要があるか否か

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

3．鑑定に係る情報

診断：主診断・副診断・身体合併症

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

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

対象者の性格傾向：臨床的観察事項・心理テストにおいて特記すべき事項

鑑定入院中に行った治療内容とその結果

特記すべき身体検査結果

その他参考となる事項

4．別添（必要に応じて）

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

～ 留意事項 ～

1. 鑑定の実際と留意点

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

本法の目的は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進すること」とされている。

このために概ね以下の手順で鑑定を進める。

2. 鑑定に当たり収集すべき情報

1) 家族歴：家族の病歴と生活や行為の障害（人格、犯罪歴など）

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

(1) 成育歴・生活歴

(2) 学歴と成績

(3) 職歴

(4) 結婚歴

(5) 宗教

(6) 海外渡航歴

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

(1) 家族関係

(2) 交友関係

(3) 経済状態

(4) 社会活動・関心事

(5) 社会福祉サービス利用歴

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

(1) 犯罪歴（当該行為）

(2) 犯罪歴（暴力関連）

(3) 犯罪歴（非暴力犯罪）

(4) 非犯罪的暴力の経歴

(5) 矯正処遇歴・保護観察歴

5) 薬物・アルコール歴：薬物やアルコール乱用に関して犯罪行為を含む暴力行為が発生する可能性を示唆する報告は多い。乱用(有害な使用)、依存、精神病状態、後遺障害など、どのような病態水準にあるかを判断する。これらは年余にわたる経過の中で形成され進行するものであり、対象者自身がこれらをどのように認知していたかを客観的な情報をもとに検討する。

6) 性発達歴：生物学的な性発達歴に加えて、実際の行動面より性に関する発達歴を検討する。特に性的サディズムが関係する犯罪では性病理と犯罪行為との関係を検討する。

7) 側副情報

対象者にとって最も適切な処遇を迅速に決定するためには、より柔軟で十分な資料に基づいた判断が求められる。これは審判だけではなく鑑定でも同様である。鑑定医の職権で集めることができる資料は限りがあり、特に客観的な発達歴には学校記録が、病歴にはこれまでの診療録が、犯罪行為と疾病の関係ではこれまでの犯罪歴が必要である。これらの側副情報を持たずには対象者の時系列を追っての診断や治療への反応性及びリスクアセスメントの判断はできない。一方、守秘義務や対象者の同意なしには閲覧できない資料があることも前提である。側副情報源としては次のようなものがある。

- (1) 不起訴事件記録(供述調書を含む。)
- (2) 裁判記録
- (3) 刑事司法鑑定書(簡易鑑定、本鑑定)
- (4) 前科前歴
- (5) 治療を受けていた場合は診療録
- (6) 学校記録(発達障害など)
- (7) 保健福祉サービス記録
- (8) その他：特に過去の他害行為に関する情報など

3. 鑑定作業に係る項目

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

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

- (1) 病歴
- (2) 治療歴
- (3) 薬物療法歴

3) 鑑定時現症・精神徴候：精神現象の記載は標準的な様式を用いる。

4) 治療へのコンプライアンス：治療反応性は治療に参加させることが可能かどうかと、実際に行った治療の効果があつた他場面にも般化するかどうかよりなる。前者は対象者が治療に参加する意思を持ちうるか、持ちうるように介入できる可能性を有するか等による。精神科現病歴と同様に過去の治療経過の中で検証する必要がある。

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

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

7) 身体的検査（頭部CT, MRI, EEG, 血液, 肝機能など）：脳器質性疾患を鑑別する上でも頭部の画像診断や脳波検査は重要である。肝性脳症などでは血液データや腹部エコー・CTなど精神医学的検査以外の検査が必要となる場合もあり、他科の専門医との連携を要する場合もある。

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

9) リスクに関する心理テスト：リスクアセスメントにおいて鑑定者の臨床的な判断をいかに検証可能なものにするのかが問われており、構造的な評価手順を踏むことにより、より客観性を確保できる可能性がある。リスクアセスメントの構造的な評価方法の導入については今後の研究が必要である。

10) 鑑定中の治療内容と治療に対する反応（薬物療法を中心として）：対象者の治療反応性を評価するために薬物療法を中心とした急性期治療を実施しながら評価を行う。

4. 共通評価項目

医療観察法医療必要性の判断根拠や基準をより検証可能にし、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。この評価は疾病性や治療反応性を基礎としてリスクアセスメントとそのマネジメントに注目して作成される。

共通評価項目は以下の17項目とする。

共通評価項目

「精神医学的要素」

- ・精神病症状
- ・非精神病性症状
- ・自殺企図

「個人心理的要素」

- ・内省・洞察
- ・生活能力

- ・衝動コントロール
- 「対人関係的要素」
 - ・共感性
 - ・非社会性
 - ・対人暴力
- 「環境的要素」
 - ・個人的支援
 - ・コミュニティ要因
 - ・ストレス
 - ・物質乱用
 - ・現実的計画
- 「治療的要素」
 - ・コンプライアンス
 - ・治療効果
 - ・治療・ケアの継続性

各項目の評価基準については別添を参照のこと。

共通評価項目の解説とアンカーポイント（第1次案） 2004.10.5現在

医療観察法医療必要性の判断根拠や基準をより検証可能にし、また治療が始まった場合には多職種チームでの評価や、入院・通院・再入院・処遇の終了などの様々な局面で継続した評価を行うために、共通評価項目を設定する。この評価は疾病性や治療反応性を基礎としてリスクアセスメントとそのマネジメントに注目して作成される。

共通評価項目は以下の17項目と個別項目とする。

共通評価項目

「精神医学的要素」

- ・精神病症状
- ・非精神病性症状
- ・自殺企図

「個人心理的要素」

- ・内省・洞察
- ・生活能力
- ・衝動コントロール

「対人关系的要素」

- ・共感性
- ・非社会性
- ・対人暴力

「環境的要素」

- ・個人的支援
- ・コミュニティ要因
- ・ストレス
- ・物質乱用
- ・現実的計画

「治療的要素」

- ・コンプライアンス
- ・治療効果
- ・治療・ケアの継続性

評価項目の使用法

1. データベース項目とは異なり、本評価項目は、治療導入前から治療中、退院後のフォローアップを通じて定期的に評価し続けるものである。そのため、項目は全て可変(dynamic)なものとする。
2. 評価は現在の状態を反映したものであり、多職種チームの評価に準じた期間での状態変化を考慮する。毎週の検討の際は1週間の状態、月例の検討では1ヶ月、半年間の検討の際は半年間を総合した状態を評価する。初診時評価に関しては、長期的なマネジメントが重要となるため、対象行為の半年前から入院観察期間中を含んだ評価とする。鑑定時の評価では、治療必要性の判断材料とするため現在の状態評価が重要であり、鑑定入院期間に観察された状態を評価する。
3. 評価項目を可変なものとするため、項目は主として現在の状態の評価となる。しかし将来のマネジメントプランを検討するため、マネジメントにつながる、近未来についての評価項目を含んだ。
4. 本評価は処遇の変化の判断にも用いられる。ただし、リスクアセスメントには、本評価と併せ、過去の(不変の)要因も考慮に入れるべきである。

各項目についての解説とアンカーポイント

「精神医学的要素」

1. 精神病症状

医療観察法の対象者は心神喪失または心神耗弱が前提となっているため、その多くに精神病症状の既往があると考えられる。統合失調症と暴力との関連については議論が分かれており、統合失調症が暴力のリスクファクターとなるという研究と、反対に精神病性障害とコントロール群との犯罪率が変わらないという研究、一度犯罪を犯した者の中では統合失調症は再犯リスクを下げるという研究がある(安藤,2003)。また症状では幻覚や妄想と暴力の関係を示す研究がある。特に命令性幻聴が暴力のリスクを増すとの報告がある。また Link & Stueve (1994) によると、脅かされる感じと自分をコントロールできないという感じにつながる精神病症状は地域での暴力を予測する。共通評価項目では症状の有無を検討すると同時に、症状と対象行為の関係も評価したい。

現在の精神科症状の広がりや重篤度を評価する。この項目は主として知覚、思考を評価する。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0(=なし)、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。観察期間中の最も重篤な状態が評価される。

- 1) 通常でない思考内容：普通でない、怪奇な、あるいは奇妙な考えを表明する。重要でないことに強度にこだわる。明らかに異質のものを、同質とみなす。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。(BPRS15. 思考内容の異常に準ずる：通常では見られない、奇妙、奇怪な思考内容、すなわち思考狭窄、風変わりな確信や理論、妄想性の曲解、すべての妄想。この項では内容の非通常性についてのみ評価し、思考過程の解体の程度は評価しない。本面接中の非指示的部分および指示的部分で得られた通常では見られないような思考内容は、たとえ他の項(例、心氣的訴え、罪責感、誇大性、疑惑等)ですでに評価されていてもここで再び評価する。またここでは病的嫉妬、妊娠妄想、性的妄想、空想的妄想、破局妄想、影響妄想、思考吹入等の内容も評価する。特定の対象への被害感、暴力的空想は特に対象行為に関連の深いものとして重要視される。1 = ごく軽度。思考狭窄もしくは通常では見られない信念。稀な強迫観念。2 = 患者にとって相当に重大な意味を持つ奇怪な理論や確信。)
- 2) 幻覚に基づく行動：通常の外的刺激に基づかない知覚。これは通常独言や実在しない脅威に振り向い

たり、明らかに間違った知覚をはっきりと述べたりすることで示される。(BPRS12. 幻覚に準ずる：外界からの刺激のない知覚。錯覚とは区別する。命令性の幻聴は特に対象行為との関連が深いものとして重要視する。1 = 軽度。孤立した断片的幻覚体験(光、自分の名前が呼ばれる)。2 = やや高度。頻回の幻覚。患者がそれに反応し、洞察はない。)

- 3) 概念の統合障害：混乱した、弛緩した、途絶した思考。思考の流れを維持することができない。これはおろかさや悪ふざけによるものを含まない。(BPRS4. 思考解体に準じる：思考形式の障害。主に観察にもとづいての評価。1 = 多少の不明瞭、注意散漫、迂遠。2 = 多少の無関係、連合弛緩、言語新作、途絶、筋道を失う。返答に理解困難なものもある。)
- 4) 精神病的なしぐさ：例えば、常同性、衛奇性、しかめ面、明らかに不適切な笑い、会話、歌、あるいは、固定した動き。(BPRS7. 衛奇的な行動や姿勢に準じる：風変わり、常同的、不適切、奇妙な行動および態度。1 = 多少の風変わりな姿勢。時々小さな不必要で反復性の運動(手を覗き込む、頭を掻くなど)。2 = しかめ眉、常同的運動・たいていの間、粗大な常同的あるいは奇異な姿勢。)
- 5) 不適切な疑惑：明らかに不適切でなければならない(例、食べ物に毒が入っている。エイリアンが考えを読む。あるいは皆が自分を捕まえようとやっきになっている。)いくつかの場合、患者の他害行為の性質や性格や身体的な障害のために、他の患者が自分を引っ掛けようとしていると表明されることがあるかもしれないが、この場合おそらく患者の疑惑は正しい。(BPRS11. 疑惑に準じる。：患者に対し他者からの悪意や妨害または差別待遇があるという確信。自意識の増加や軽度の疑惑から関係念慮や迫害妄想まで含める。ここには妄想気分も含める。1 = 軽度。漠然とした関係念慮。自分のことを笑っている、些細なことで反対されているなどと疑う傾向。2 = 活発で感情面の負担のある被害妄想。いくらかの体系化あるいは妄想気分を伴う。)
- 6) 誇大性：誇張された自己主張、尊大さ、異常な力を持っているとの確信、常時自慢している、できないことをできると主張する。この主張には、過去と現在に関して真実でない主張や不可能な将来の計画が含まれる。(BPRS8. 誇大性に準じる：過大な自己評価、優越感、異常な才能、重要性、力量、富、使命。1 = 優越感、重要性、才能、能力があると感じる。自慢。特別扱いされることを望む。2 = 力量、超自然的能力、使命についての妄想的確信。)

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付()

2. 非精神病性症状

抑うつ状態での拡大自殺による他害行為も医療観察法の対象として想定されるものの1つである。また躁状態、易刺激的な状態での他害行為も想定される。責任能力とは直接関係ないが怒りは暴力の強いリスクファクターで、特に抑うつ診断があるときにはその傾向が強い(Hodgings,1999)。怒りと暴力は異なる水準のものであるが、感情としての怒りから暴力行為に至らないためのコントロール能力は他害行為の防止要因となり、アンガーマネジメントなどによって怒りのコントロール能力を高めることで暴力リスクを低下させることができよう。

この項目は主として気分および不安を評価する。知的障害に伴う認知の障害はこの項目で評価される。下記項目がチェックされ、それぞれの項目を0 (= なし), 1, 2 の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。

- 1) 興奮、躁状態：気分高揚、易刺激性、多動。(BPRS17. 高揚気分準じる：健康感の増大から、多幸症と軽躁、更には躁状態と恍惚状態まで。1 = 過度に楽天的。多弁。目的ある活動が増加。2 = 調

子が高い、興奮している、いつも幸福だ、自分は強いなどと感じる。落ち着かない。イライラ。言語
促迫。転導性亢進。多動だが目的ある活動が障害される。)

- 2) 不安・緊張：ちょっとした問題に対しても過度の恐れや心配を表す。あるいは緊張する。(BPRS2. 不安に準じる：心配、過度の懸念、不安、恐怖といった主観的体験。1 = 軽度で一過性のイライラ、緊張、些細な事柄への過度の懸念もしくは特定の状況に関連した軽度の不安。2 = たいていの間出現するイライラ感、緊張、不安感、動揺、もしくは特定の状況に関連した急性の不安発作。)
- 3) 怒り：不適切にかんしゃくを起こす。怒りの表現が軽度で、単発的な場合は無視してよい。(BPRS10. 敵意に準じる：他者に対する敵意、軽べつ、憎悪の表現。イライラした、敵対的、攻撃的行為で患者自身により報告され、最近の病歴から知られているもの。1 = 他人への過度の非難。2 = 顕著な焦燥。敵対的態度。告発、侮辱、言語的脅迫を呈する怒りの爆発。)
- 4) 感情の平板化：感情の動きの減退、平板化。薬によるものではないこと。(BPRS16. 情動鈍麻もしくは不適切な情動に準じる：感情緊張の低下もしくは不適切、ならびに正常の感受性や興味、関心の明らかな欠如。無関心、無欲症。表現された感情がその状況や思考内容に対して不適切。観察にもとづく評価。1 = 感情反応が稀で固い。もしくは時に文脈から外れたものである。2 = 無欲と引きこもり。自分の置かれている状況に無関心。妄想や幻覚が情動的色付けを欠く。不適切な情動。)
- 5) 抑うつ：悲哀感の表明。楽しみの喪失。これはほとんどの日常活動に染み込んでいる。(BPRS9. 抑うつ気分に準じる：悲哀、絶望、無力、悲観といった感情を訴える。重症度を評価する際には被験者の表情や泣く様子を考慮に入れる。1 = 気力喪失の訴え。沈んでいる。くよくよする。悲しい。2 = 抑うつの身体的徴候 通常はいくらかの制止もしくは激越を示す。絶望感、希望喪失。抑うつの内容が前景。)
- 6) 罪悪感：過去の行為や自分ではどうしようもないことに対する過度の自責、羞恥、後悔。(BPRS5. 罪悪感に準じる：過去の行為についての呵責、自責、自己批難。罰を受けて当然だと思ふ。1 = 過去の行為についての過度の後悔。些細なことについての自責傾向。2 = うまくゆかないことすべてについての自己卑下と自己批難を示す広範囲にわたる罪悪感。)
- 7) 解離：ICD-10における解離性障害の診断基準を満たす。なお離人症状はこの項目に含める。1 = 解離性障害の疑い。一過性の解離状態を含む。2 = 解離性障害の診断基準を満たす。もしくは離人症状が認められる。
- 8) 知的障害：知的障害に由来する認知の障害。1 = 知的障害の疑い。2 = 軽度以上の知的障害

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

総合評価は下位評価の最も高い点数が採用される。

一過性の場合は最後に観察された日付()

3. 自殺企図

この項目は他害行為リスクのアセスメントからは外れるが、対象者の自殺を防ぐことを考え、自殺企図の評価を入れる。他害行為を行った者の自殺率は高く、自身の行為を振り返ったときに自殺のリスクが高まることが想定される。

この項目は希死念慮の有無、自殺企図の有無と自殺傾向のリスクを評価する。自傷行為は希死念慮を伴っているときにのみ1点以上の評価とし、希死念慮の伴わない場合には0点とする。希死念慮のみで自傷行為の認められない場合、ならびに明らかな生命におよぶ危険性のない自傷行為は、1点以下の評価にされ、明らかな生命の危険性を伴う自殺企図のある場合のみ2点とする。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

最後に観察された日付（ ）

「個人心理的要素」

4 . 内省・洞察

内省には病識と対象行為（他害行為）の振り返りが含まれるが、それに加えて疾患と他害行為のつながりへの理解が含まれる。複合的な構成要素になるが、病識と他害行為への振り返りを別項目とすると、疾患と他害行為のつながりを評価することができなくなるため、3者の全てを包含した単一項目とする。内省は自分のプロセスに対する理解であり、あるかないかの二分法で捉えきれない。統合失調症などの精神障害があるからといって内省が全く欠如していると考えるべきではなく、対象者自身がどのように理解をしているかが問われる。内省は再発の防止要因となる肯定的な要素であり、対象者の治療への動機付けと治療継続に関わる。

この項目は、対象者が自分で精神障害をもっていると感じているかどうかと、自分の精神障害の意味と責任に気づいているか、および、起こしてしまった他害行為に対する姿勢を評価する。行動面では以下のような項目がチェックされ、それぞれの項目を0（=なし）、1、2の3段階で評価し、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。

- 1) 何の反省も示さない：当該他害行為に対する責任を感じていない。自分が他人に強いたことに謝罪しようとしめない。表面的でも自分の行為を認め、反省の弁が認められる場合には1点以下とする。2) ~ 3) の項目の特徴が顕著な場合にはこの限りではない。
- 2) 過去の暴力的な行為を無視したりおおめに見たりする：自分の暴力行為に注意を払わない。自分の暴力行為をたいしたことではないとみなす。仮に病識があっても、他害行為を行ったことを認めない場合には2点とする。
- 3) 病識のなさ：自分の精神疾患を否認する。精神疾患と他害行為との関連も認識しない。精神病症状と他害行為が直接的に関連している場合には、疾病の否認があれば2点とし、精神疾患と他害行為との関連性が間接的な場合は全く病気を否認しても他害行為への内省があれば1点とする。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

5 . 生活能力

生活能力はまた再発の防止要因と考えられる。対人場面でのトラブルを回避する能力、身の回りのことを行い、自立した生活を営む能力は退院後の生活の維持を容易にするであろう。逆に生活能力の欠如は社会復帰を困難にし、金銭管理の困難から生活費を使い果たし、窃盗などの短絡的な犯行に至ることもある。この項目は主として作業療法士や精神保健福祉士によって評価されることが予想される。

この項目は患者の生活技能、対人技術などのうち、不適応行動の能力的な面を評価する。入院あるいは留置中の場合は、地域での生活時の生活能力を参考にしながら、留置中の状態変化を勘案して評価する。行動面では以下のような項目がチェックされ、最も高得点を示した項目の点数がコードされる。

- 1) 生活リズム：昼夜逆転、睡眠と覚醒の時間が定まらない。
- 2) 整容と衛生を保てない：顔を洗わない、あるいはめったに洗わない。衣服が汚いあるいはぼろぼろ。外見が汚い、あるいはくさい。
- 3) 金銭管理の問題：金銭のやりくりができない。しばしば金銭の貸し借りをする。消費者金融から安易

に借金をする。不要なものを安易に買ってしまふ。

- 4) 家事や料理をしない：寝る場所が散らかっている。台所や共用場所を散らかったままにする。自分で片付けない。掃除、洗濯やゴミの分別が出来ない。
- 5) 安全管理：火の始末、貴重品や持ち物の管理などができない。戸締りが出来ない。
- 6) 社会資源の利用：交通機関など公共機関を適切に利用できない。必要な物品の入手が出来ない。
- 7) コミュニケーション技能：電話や手紙が利用できない。困難な状況で助けを求めることが出来ない。
- 8) 社会的引きこもり：故意に他人との接触を避ける。グループ活動に入らない。
- 9) 孤立：ほとんど友達がいらない。集団の中においても他者との交流が乏しい。
- 10) 活動性の低さ：まったく活動をしない。多くの時間を寝ているか横たわって過ごす。
- 11) 生産的活動・役割がない：就労、主婦、学生、ボランティア、デイケアや作業所の通所、地域活動などへの参加がない。
- 12) 過度の依存性：すがり付いて離れない、他者の時間を独占する。簡単なことでさえどうするか言われなければならない。
- 13) 余暇を有効に過ごせない：時間の使い方が分からずに苦痛を感じる。何も楽しみがない。
- 14) 施設に過剰適応する：病院に居続けたがっている。退院や社会にかかわるのを心配している。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

6. 衝動コントロール

衝動性は情動、認知、行動に関連する。先のことを考えずにその場の思いつきで行動する、考えが変わりやすく、一旦同意しても容易に約束を違えるといった衝動性の高さは、行動の長期的なマイナス面を考えないことにつながる。結果として即時的な欲求充足のための他害行為につながりやすくなる。また衝動性が高いと、知的に理解された内容が行動へと般化されることの障害となる。これらの衝動的な欲求をコントロールすることを学習し、高い衝動コントロールをもつならば他害行為の防止要因となろう。

この項目は衝動的、計画のない、考えたり先の予見のない行動パターンを評価する。行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。

- 1) 突然計画を変える、言うことがすぐに変わる、など一貫性のない行動。例えばすぐに仕事を辞める、引っ越す、人間関係を壊す、約束を守れない、など。
- 2) 待つことができない。飽きっぽい。落ち着いて座ってられない。
- 3) 何か思いついたらすぐに行動してしまい、行動の結果が自分や他人にどういう結果をもたらすかを、考えることができない。先の予測ができない。目先の利益に目を奪われて、先のことが考えられない。衝動買いや返す当てのない借金をする。
- 4) そそのかさされたり、暗示にかかりやすい。しばしば他の患者にだまされる。その場その場の状況で流される。ほかの患者の言うことに疑問を持たずに従う。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

「対人関係的要素」

7. 共感性

共感性の問題はサイコパシーを特徴づける重要な特徴の1つでもあり、他者への共感性の欠如は

自分の行為が相手へ及ぼす感情の理解のできなさに通じ、罪責感の形成を困難にする。反対に高い共感性は他害行為の抑止力となる。

この項目は基本的な対人関係における情性の欠如や他者への共感性の欠如を評価する。他者の感情を理解することができず、自分の行為が相手にどのような影響を及ぼすか理解できない。(例として広汎性発達障害に見られるような「こころの理論」の問題)あるいは他者の感情や他者への影響を知的に理解することはできても配慮しない。他者を自分の利益を満たすための道具としてとらえ、何の躊躇も罪悪感もなく他者を傷つける。(例としてサイコパシー)自分の行動によって他人が被害をこうむっても「あいつは運が悪かったんだ」「自分の知ったことではない」「あいつが～したのがいけないのだ」「(被害者がどう感じたか)自分じゃないから分かりません」などの言葉、操作的で搾取的な対人関係、人や動物の虐待などの行動が評価される。日常的な対人行動において常に問題が認められるサイコパシーや明らかな広汎性発達障害の場合を2とし、他者の気持ちに対して一定の理解が出来る場合を1以下の評点とする。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

8. 非社会性

社会や権威への否定的態度が含まれ、向犯罪的態度を評価する。個人への共感性の欠如とは異なる。犯罪行動を過小評価し、他者の権利を無視し、自己中心的な考え方をする。非社会性が高いと精神病症状とは関係なく他害行為に至りやすく、また怒りなど他害行為への動機がさほど強くなくとも行為に至りやすくなる。

この項目は基本的な対人、対社会的な患者の姿勢を評価する。非社会的態度と向犯罪的思考は典型的な一群のスキルの欠損を含み、可変的な要因とみなされる。行動面では以下のような項目がチェックされ、評価の参考とされる。例えば下記項目があれば2点と評価される。

- 1) 侮辱的な、からかうような、嫌がらせのようなことを言う：これははにかみからくる銜いを超えた程度でなければならない。また単発的なことであってはならない。
- 2) 慣習を蔑視する態度：仕事や学校や家族といった、慣習に従った(非犯罪的な)人や活動や場の有効性や価値を、支持しない、あるいは拒否し否定する。これらはこうした人や活動や場にたいする明らかな侮蔑や常時シニカルな態度をとることで示される
- 3) 犯罪志向的な態度：一般的に犯罪への同一化で示される。例えば、犯罪を是認し、警察を認めない。
- 4) 特定の人を害するようにふるまう、特定のタイプの被害者に固執する：たとえば女性スタッフに暴虐になる傾向。子供や女性や当該犯行の被害者と似たタイプの人に固執(見たり話したり)する。
- 5) 他者を脅す。

下記項目があれば1点以上の評価となる。頻度、程度が甚だしければ2点とする。

- 6) 故意に器物を破損する。
- 7) 犯罪にかかわる交友関係：しばしばトラブルを起こしたり犯罪行為をしていることが疑われるものつきあう。
- 8) 性的な逸脱行動：不適切に触る、さらす、話す、盗む、覗く。サディズム、小児性愛など。
- 9) 放火の兆し：これは行動と言葉を含む。ほんのわずかな証拠も含む。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

9. 対人暴力

多くのリスクアセスメント研究が示すように、将来の暴力についての最大の予測因子は過去の暴力である。過去の暴力の犯歴についてはデータベース中の項目で評価するが、暴力の発生の経過を評価し続ける意味で、対人暴力を共通評価項目に盛り込む。「対人」と限ったのは、定義をクリアにするため、また医療観察法の対象となる他害行為が、放火を除き対人暴力行為であるためである。

経過中に観察された直接的な対人的暴力を評価する。軽度の暴力であっても一度でも行動に至れば1点以上の評価がなされ、即座にその状況や対象者の要因が評価され、対応が検討されるべきである。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

最後に観察された日付（ ）

「環境的要素」

10. 個人的支援

この場合の個人的な支援は家族や近親者、友人などの公的でない関係者による援助をさす。家族による支援は対象者の安定や安心をえるのに大いに役立つし、公的支援で細やかな援助を構成するのは不十分である。対象者の個別の人間関係に即した個人的支援の有無を評価し、その家族等関係者への働きかけ、その関係者への支援の体制を検討する。家族への支援、介入、指導などを評価する項目でもあり、また公的な支援をどの程度補うべきかの指標でもある。

この項目は家族や友人などの個人的な支援について、サポートの有無および支援的であるか層化の両面から評価する。

サポートには3つの主要なものがある。(1)情緒的サポート～対象者への情緒的支持を与える。(2)道具的(手助け)～物質的、行動面での支援を行う。(3)情報～新しい事実・情報を示すことで援助する。

上記2面を考慮し、援助的なサポートが存在する場合は存在する場合には0点、サポートの存在や有効性が疑わしい場合には1点、サポートが全く存在しないか、かえって有害な場合には2点が評定される。この項目では個人支援があり、全体として対象者にとって害より益の方が多いと考えられるときには0点と評価される。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

11. コミュニティ要因

この項目は個人的支援を除いた対象者の環境について評価する。環境的には人的かかわりも含まれる。対象者の環境には対象者を不安定にする要因、および対象者の安定につながる要因の両者が考えられる。地域で対象者が生活するときの環境を想定し、対象者が地域で生活している間は実際の生活を評価、入院中であれば退院後に予想される環境について評価する。

コミュニティ要因は居住環境と地域環境、人的ネットワーク、公的支援(社会資源)の3点から評価される。例として潜在的に有害な仲間集団、薬物依存を合併する対象者ではアルコールや薬物が容易に手に入る環境や乱用集団に戻ることに、金銭の浪費に誘惑が多い環境などが評価される。一方、この項目はまたコミュニティ要因が生活に健康な構造を与えられるような安定化への促進因子も評価の対象となる。例として断酒会とのつながりや地域の保健師との連携など。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

12. ストレス

ストレスは対象者を不安定にし、リスクにつながる。ストレスは その引き金となるストレッサー、および 対象者のストレス対処能力、 ストレッサーについての周囲からの援助の3点によって決定される。

ストレッサーは対象者の背景に関連して生じてくる脅威であり、対象者に何らかの対処を迫る圧力である。ここでストレッサーの大きさについて評価する。なお新たな被害者になりうる人物の存在、あるいは近親者との葛藤もこの項目で評価される。

ストレッサーに対し対象者は課題解決型、感情焦点型、回避行動型の3種の対処行動を行うが、これらの対処行動を行う能力によって対象者が感じるストレスの大きさは異なる。

ストレッサーについての周囲からの援助とは、対象者がストレッサーに遭遇したときに対象者の対処を助けストレスを緩和する、援助をさす。

ストレスは上記 ~ のバランスの結果生じてくるものである。この項目では、退院後想定される状況での上記 ~ を評価し、その結果予想されるストレスの大きさを評定する。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

13. 物質乱用

物質乱用は暴力のリスクファクターとしては大きなものであり、統計的には精神病性症状よりもはるかに暴力のリスクを高める。山上ら(1995)による追跡調査でもアルコール・薬物乱用者の再犯率は抜きん出て高い。また精神疾患との重複診断があるときに暴力リスクを高める要因でもあり、統合失調症においても気分障害においても、薬物依存と重複することで暴力犯罪のリスクが高まる(Hodgins,1999)。

物質乱用のある場合、他害行為は乱用時にも起こりうるが、使用していなくとも薬物やそのための金銭の入手のために他害行為が行われる場合がある。

物質乱用は入院などの強制的な環境下と社会復帰後の生活では異なるので、主には行動制限が減じる中で評価をすべき事項である。

この項目は、物質乱用歴の重篤度、犯罪との関連、物質乱用に対する内省の深まりで評価される。物質乱用の既往がなければ0点。既往があれば1点以上の評定となり、物質問題の否認があれば2点となる。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

14. 現実的計画

対象者の計画性や現実的判断能力を評価するのではなく、実際に実現可能な計画があるかを評価する。退院後の計画、地域での生活を維持するための計画が対象者本人と公的な治療者や援助者によって作成され、これらの計画が現実的で実行可能であるか、対象者の再発やそれに伴う行為を予防することに沿っているか、計画が対象者や援助者に理解され受け入れられているか、そのための体制(人的、財政的など)は整っているか等を検討する。現実的なフォローアッププランを受け入れることで対象者のリスクは低減される。

「適切、安全、対象者の自己決定を尊重した現実的計画」は対象者の自己に関する評価、欲動のコントロールを基礎として、治療者との合意のもとでの理想的な退院計画の具体性を評価する。治療者は対象者の社会復帰した後の状況を視野に置き、対象者にわかりやすい計画を提示し、その上で対象者の理解に基づく同意を得ることをめざす。鑑定など治療の始まっていない段階では、対象者本人の計画を尋

ね、その実現可能性を判断して評価する。以下の項目をガイドラインにして、評価する。

- 1) 退院後の治療プランについて対象者から十分に同意を得ているか、そして必要なときに変更できるかについても同意されているかどうか
- 2) 日中の活動、過ごし方(仕事、娯楽など)について計画され、対象者自身がそのことを望んでいるかどうか
- 3) 住居について確保され、対象者が生活する場となりうるかどうか(かかわりをもつ可能性のある人物の質も評価する)
- 4) 生活費などの経済的問題がないかどうか
- 5) 緊急時の対応について確保されているかどうか
- 6) 対象者に関わる各関係機関との連携・協力体制が退院前より十分に機能しているかどうか
- 7) 退院後に対象者にとってキーパーソンとなる人がいるかどうか、また協力的な関わりを継続して行ってくれるかどうか
- 8) 地域への受け入れ体制、姿勢が十分であるかどうか

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

「治療的要素」

15. コンプライアンス

治療可能性という用語が広まりつつあるが、実際的には治療可能性は相対的な概念で、判断の主体によって大きく変わりやすい。治療可能性の概念は下位概念へと分割して判断する方が望ましい。治療反応性は治療へのモチベーションと準備性、治療コンプライアンスと参加、治療の効果、治療効果の般化の4段階に分割できる(Webster, et als.,2001)。この項目では前半の2段階、治療へのモチベーションと準備性、ならびに治療コンプライアンスと参加との両者を評価する。すなわち治療への意欲があり、かつ同意して治療を進めていけるかがここでの判断となる。

この項目では治療へのモチベーションとコンプライアンスを評価する。要素的には以下のような項目にそって検討される。(A.治療準備性：評価—問題の認知、ゴール設定、モチベーション、自己への気づき、期待、行動の一貫性、治療への見方、自己効力感、認知的不協和、外的支援、情動的要素 B. 対人スタイル評価—向犯罪的見方、向犯罪的つながり、誇大性、無感覚、無効化、衝動性、延期、怒りへのモチベーション、力とコントロール、問題解決、被害者へのスタンス)。鑑定など治療開始前の評価時には、病識および自ら治療を求める態度が参考にされ、これらがなければ2点と評定する。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

16. 治療効果

コンプライアンスの項目で述べた治療反応性の後半2段階、治療の効果とその般化がここで評価される。これはコンプライアンスが、対象者の意思を評価するのに対し、治療効果は薬剤が十分に反応するか、心理的アプローチが学習あるいは般化されるかが評価の対象になる。ここでは治療抵抗性の統合失調症における薬剤への反応の乏しさ、知的障害による学習困難、広汎性発達障害による般化の困難などが問題として予想される。

この項目は、治療抵抗性のうち治療効果(治療で得られるものと治療の般化)を評価する。要素的には下記項目にそって検討され、治療遂行上の困難が明らかであれば2点と評価される。(治療遂行評価

—プログラム内容の知識、スキルの獲得、開示、対象者の信頼、知識の適用、スキルの適用、犯罪性の理解、モチベーション、内省、出席、破壊的なこと、適切に利用できること、感情的理解の深さ）加えて、院内処遇の失敗や意図的な離院や外出、外泊の失敗もこの項目で評価される。鑑定時など治療開始前の評価に際しては、治療効果は未来の予測を含むため、一般精神科診断に基づく治療効果の予測が適用される。

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

17. 治療・ケアの継続性

治療やケアの継続性に関する事項である。コンプライアンスの項目で現在のモチベーションとコンプライアンスを評価するのに対し、ここでは将来の予想を含む。つまり現在のモチベーションとコンプライアンスが維持されるか、また治療が中断に至るような危険因子はないか。医療機関へのアクセスの悪さや対象者が治療効果を感じられないことなどは治療・ケアの継続性を低下させる。

この項目では治療を継続させるための評価を行う。下記項目が考慮される。鑑定など治療開始前の評価時には、病識および自ら治療を求める態度が参考にされ、これらがなければ2点と評定する。

- 1) 治療同盟 - 治療同盟を築き、積極的に患者を治療プロセスに導入する
- 2) 予防 - コンプライアンスを阻止あるいは邪魔する可能性のあるものを査定し、プランを立てる（治療を継続することを阻害し得るものを、それが起こる前に同定し、その阻害要因に打ち勝つ戦略を形成する）
- 3) モニター - 治療継続を行えるように治療者は、関係機関と情報を共有し、モニターの戦略を立てる
- 4) 対象者がセルフモニタリングについて自覚し、そのことに関して周囲の助言をきくことができるか
- 5) 対象者の症状悪化、もしくは不安要因はどういったことなのかを治療者と十分話し合い、緊急時の対応が合意されている

評価：0 = 問題なし、1 = 軽度の問題、2 = 明らかな問題点あり

個別項目

この項目は、共通評価項目以外を対象者の社会復帰と治療及びケアにとって必要な固有な項目を挙げる。また対象者の他害行為に関連して疾病として治療や介入を要する要因を、ひろく生物学的、心理学的、社会的に検討し、最も重要と思われる事項を3項目選択する。選択項目は大きく分けると、第1にリスクアセスメントとリスクマネジメント（何によって阻止できるか）を考慮して決定される。第2に治療及びケアにとって重要とされる項目を選択する。第3に社会復帰にとって重要な意味を持つ項目を選択する。暴力リスクのある場合は暴力リスクの性質の検討がまずなされる。暴力リスクは多様な側面を持った構成概念であることを踏まえて検討する。

共通評価項目から対処への架け橋 対象者の治療課題のシナリオを作る

共通評価項目はそれに続く、評価に対する対処計画（マネジメント、プランニング）を必要とする。マネジメントを計画するためには対象者の治療課題や問題点を全体として把握し整理する必要が求められる。対象者の治療課題のシナリオは下記の手順で作成される。

- 1) 性質：どんな種類の問題（例えば暴力）が起こるか？

- 2) 深刻さ：どのくらい深刻な問題（例えば暴力）が起こるか？
- 3) 頻度：どのくらい頻繁に問題（例えば暴力）が起こるか？
- 4) 切迫度：どのくらい切迫しているか？
- 5) 蓋然性：問題（例えば暴力）が起こる可能性はどのくらいか？

さらにリスクは対象者の病状、行動や環境などの文脈に依存する。考慮される文脈は下記の指針により検討される。

- 1) 危険の同定(どの事態が起こるか?)
- 2) 危険の頻度(どのくらいの頻度で起こるか?)
- 3) さらされるシナリオ(どの状況下で起こるか?)
- 4) リスクを特徴付ける(条件があるか?)
- 5) リスクマネジメント(何によって阻止できるか?)

こうした指針による検討は多職種チームにより決定される。治療課題や問題点は共通評価の17項目を具体的、個別的に決定される。例えば1)当該行為時と同じ妄想、2)適切な援助者の欠如、3)退院後想定される環境での対処技術(具体的に同定する)の欠如、4)退院後の物質乱用への脆弱性、などが想定される。

指定入院医療機関関係

(1) ブロック別対象者発生見込みと整備目標(案)

ブロック区分	17年度	
	18.3月末対象者見込み	整備目標数
北海道・東北	25	1
関東	75	2
東海	25	2
近畿	35	0
中国・四国	20	1
九州	20	0
計	200	6

18年度			
19.3月末対象者見込み	整備目標数	国関係病院	都道府県立
		(再掲)	病院(再掲)
55	2	1	1
170	5～6	2	3～4
60	2	2	0
80	2～3	1	1～2
40	2	1	1
55	2	1	1
460	15～17	8	7～9

(2) 国関係の指定入院医療機関進捗状況

【国立、独立行政法人国立病院機構】

番号	ブロック区分	施設名	所在地	設計着手の公表	直近の状況
1	関東甲信越	国立精神・神経センター 武蔵病院	東京都小平市	H15.12.19	H16.6 小平市、東村山市及び両議会へ説明(基本設計図に基づく説明) H16.7 小平市、東村山市住民説明会(基本設計図に基づく説明)
2	九州	独法人国立病院機構 肥前精神医療センター	佐賀県神埼郡東脊振村	H15.12.19	H16.6 東脊振村、神埼町及び両議会へ説明(基本設計図に基づく説明) H16.7 東脊振村、神埼町住民説明会(基本設計図に基づく説明)
3	東海・北陸	独法人国立病院機構 東尾張病院	愛知県名古屋市	H16.3.8	H16.6 名古屋市住民説明会(基本設計図に基づく説明) H16.6 尾張旭市住民説明会(基本設計図に基づく説明)
4	北海道・東北	独法人国立病院機構 花巻病院	岩手県花巻市	H16.3.8	H16.6 花巻市長等説明(基本設計図に基づく説明) H16.6 花巻市住民説明会(基本設計図に基づく説明)
5	関東甲信越	独法人国立病院機構 下総精神医療センター	千葉県千葉市	H16.5.17	H16.9 千葉市住民説明会(基本設計図に基づく説明)
6	東海・北陸	独法人国立病院機構 北陸病院	富山県東砺波郡城端町	H16.5.12	H16.9 城端町、福光町住民説明会(基本設計図に基づく説明)
7	近畿	独法人国立病院機構 松籟荘病院	奈良県大和郡山市	H16.8.4	H16.7 大和郡山市長等説明
8	中国・四国				(調整中)

松籟荘病院は、基本設計図が出来上がり次第、地元自治体、住民へ説明予定。

(3) 都道府県に対する指定入院医療機関整備の要請方針

7月下旬～9月下旬

- ・個別に訪問要請(概ね人口200万人以上)
- ・担当部局長及び県立精神病院長との意見交換会を実施

9月上旬～(概ね人口200万人以上)

- ・知事又は副知事に対し訪問要請

10月下旬～

- ・個別に訪問要請(概ね人口150万人以上)
- ・担当部局及び県立精神病院との意見交換会を実施
- ・知事又は副知事に対し訪問要請

18年度医療観察法病棟の整備目標(案)

区 分	18年度												
	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	
対象者推計(人)	225	250	275	300	325	350	375	400	425	450	455	460	
病床確保数(床)	240		270	300	330	360	390	420	450		480		
国 関 係	8か所 240床												
	都 道 府 県 関 係				前期								
											後期		

法務省の統計から年間300人見込み
 毎月の発生見込みは25人
 対象者25人のうち8割は、
 医療プログラム終了後18ヶ月で退院

(4) 指定入院医療機関整備に当たっての問題点に対する要件緩和

運営病床が30床であると県発生見込みより多いため、他県の対象者を受け入れることとなり、県民・議会に説明が困難である。

運営病床15床(予備1床)での小規模施設についても設置可能

人員配置

- ・ 医師 常勤医師2人(指定医1人以上、1/2以上は専従)
- ・ 看護師 24人(夜勤体制3:3)
- ・ 臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士 4人

施設及び設備

- ・ 現行30床を基本とするが、食堂、作業療法室等は対象者数に基づき算出
- 入院医療費(1日単価)
- ・ 現行30床の約58千円に一定の小規模加算を加え財務省と調整中

新築であると工事期間を要するため18年度開棟は困難である。

既存病棟での改修による設置可能

施設及び設備

- ・ 作業療法士室、集団精神療法室等については、安全管理体制が確保できれば同一病棟内での設置でなくとも可能