

障害保健福祉関係主管課長会議

資料

(医療観察法の施行について)

平成16年10月15日

厚生労働省 社会・援護局
障害保健福祉部
精神保健福祉課

資 料 一 覧

資料1 心神喪失者等医療観察法の概算要求関係

- (1) 平成17年度心神喪失者等医療観察法関連概算要求の概要
- (2) 医療費等の仕組み
- (3) 施設整備費について

資料2 心神喪失者等医療観察法に係る先行政省令の公布・施行等について

- (1) 心神喪失者等医療観察法に係る先行政省令の公布・施行等について
- (2) 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一部の施行期日を定める政令
- (3) 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施行令
- (4) 心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第六条第二項の名簿及び同法第十五条第二項の名簿に関する省令

資料3 精神保健判定医、精神保健参与員関係

- (1) 精神保健判定医、精神保健参与員の推薦状況について
- (2) 今後のスケジュールについて

資料4 地域処遇関係

- (1) 運営細則の今後の進め方について

資料5 各ガイドラインの修正関係

- (1) 地域処遇ガイドライン(暫定版)
- (2) 指定入院医療機関運営ガイドライン(暫定版)
- (3) 入院処遇ガイドライン(暫定版)
- (4) 指定通院医療機関運営ガイドライン(暫定版)
- (5) 通院処遇ガイドライン(暫定版)

資料6 鑑定ガイドライン関係

資料7 指定入院医療機関関係

- (1) 17年度及び18年度医療観察法病棟の整備目標(案)
- (2) 国関係の指定入院医療機関進捗状況
- (3) 都道府県に対する指定入院医療機関整備の要請方針
- (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

心神喪失者等医療観察法の概算要求関係

(1) 平成 1 7 年度心神喪失者等医療観察法関連概算要求の概要

1 6 予算額	1 7 概算要求
1 4 3 百万円	4 , 0 1 1 百万円

- | | |
|--|---|
| <p>1 . 指定医療機関の運営 (新規)</p> <p>(ア) 指定入院医療機関
 入院決定を受けた者に対し、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を実施するとともに、指定入院医療機関の運営に必要な経費を確保。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院医療費 ・開設に係る運営費の支援 <p>(イ) 指定通院医療機関
 通院決定を受けた者に対し、円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を実施。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・通院医療費 | <p>0 百万円</p> <p>3,691 百万円</p> <p>1,512 百万円</p> <p>2,110 百万円</p> <p>69 百万円</p> |
| <p>2 . 医療従事者等の人材の養成</p> <p>(ア) 精神保健判定医等養成研修事業</p> <p>(イ) 指定入院医療機関従事者研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・司法精神医学等研修 ・指定入院医療機関従事者病棟実習 <p>(ウ) 指定通院医療機関従事者研修</p> <ul style="list-style-type: none"> ・司法精神医学等研修 | <p>91 百万円</p> <p>144 百万円</p> |
| <p>3 . その他法施行に必要な経費</p> <p>法制度の普及啓発、対象者の鑑定入院医療機関から指定入院医療機関への移送等を実施。</p> | <p>52 百万円</p> <p>176 百万円</p> |

(2) 医療費等の仕組み (平成 1 7 年度概算要求ベース)

指定入院医療機関

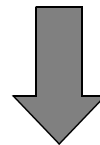
1 経常的な診療収入

入院決定に係る精神障害の特性から見て密接不可分なもの (別紙 1) については、公費負担対象とし、それ以外は医療保険等の給付対象となる。(別紙 2)

包括払い (1 日平均単価)

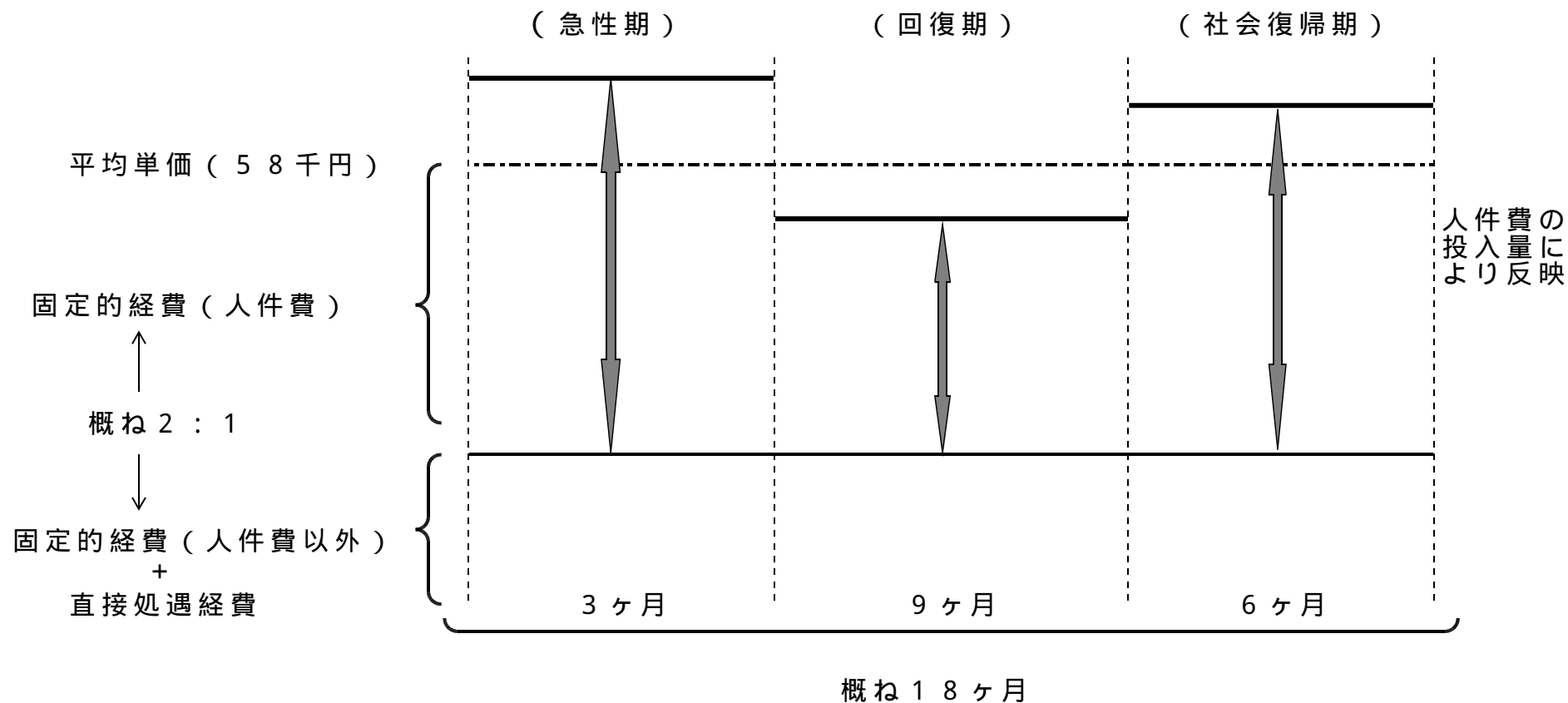
$$\text{1 日単価} = \frac{\text{A 円 (= 固定費的経費)}}{\text{C (= 病床数 } \times \text{ 利用率) } \times 365 \text{ 日}} + \text{B 円 (= 直接処遇経費)}$$

(具体的な額等は、急性期、回復期、社会復帰期の 3 期に分けて投入されるコスト等に応じて設定し、運営努力 (退院促進等) が経済的に評価されるようにする。)



$$\text{約 5 8 千円} = \frac{\text{約 4 8 6 百万円 (別紙 3)}}{27 \text{ 床} \times 365 \text{ 日}} + \text{約 9 千円 (別紙 3)}$$

各期別の診療収入イメージ図



出来高払い

- ・精神科電気痙攣療法
- ・精神科退院前訪問指導料
- ・合併症等により、処置・手術・画像診断にかかる費用のうち1,000点以上のものもの。

新法による入院医療の給付対象の範囲

精神疾患(主病)に係る療養(医療保険の診療報酬に定める主要サービス)

入院料等

- ・ 入院基本料
- ・ 入院時食事療養費等
- ・ その他

精神科専門療法

- ・ 入院精神療法(個別・集団)
- ・ 精神科作業療法
- ・ 入院時生活技能訓練療法
- ・ その他

検査・処置等

- ・ 投薬料
- ・ 指導管理料
- ・ 薬剤管理指導料
- ・ 注射料
- ・ 処置料等
- ・ 精神科電気痙攣療法
- ・ その他

精神疾患(主病)に係る合併症・行動障害等に係る療養

合併症・副作用(因果関係が明らかなもの)

- ・ 便通異常(便秘)
- ・ 続発性パーキンソン症候群
- ・ 不整脈
- ・ イレウス
- ・ 脱水症
- ・ 電解質異常
- ・ ビタミン異常
- ・ 悪性症候群
- ・ 神経因性膀胱
- ・ 甲状腺機能障害
- ・ その他、因果関係が明らかなもの

行動の障害(因果関係が明らかなもの)

- ・ 胃炎(薬剤性胃炎)
- ・ 胃・十二指腸潰瘍(薬剤性胃・十二指腸潰瘍)
- ・ 肝機能障害(薬剤性肝炎・肝機能障害)
- ・ 貧血(薬剤性貧血及びその他の血球減少症)
- ・ 皮疹(薬疹)
- ・ 打撲・骨折等の外傷
- ・ 破傷風
- ・ 創傷部感染
- ・ その他、因果関係が明らかなもの

処遇開始

入院時検査として想定されるもの

- | | | |
|--|---------------|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 血液検査 <ul style="list-style-type: none"> 血液形態・機能検査 A. 末梢血液一般検査 B. 末梢血液像 C. ヘモグロビンA1 血清生化学検査 <ul style="list-style-type: none"> A. 肝機能 B. 腎機能 C. 電解質 D. 栄養状態(脂質・蛋白質等) E. 貧血(Fe) F. 糖 G. 甲状腺機能 A. 免疫学的検査 | <p>20項目程度</p> | <ol style="list-style-type: none"> 感染症検査 <ul style="list-style-type: none"> A. B型肝炎抗原(HBs抗原) B. HCV抗体価精密測定 C. HIV抗体 D. 梅毒脂質抗原使用検査(定性) E. TPHA試験(定性) 検体検査判断料 |
| <ol style="list-style-type: none"> 尿検査 <ul style="list-style-type: none"> 尿中一般物質定性半定量検査 心電図(12誘導・判断料を含む) 画像診断 <ul style="list-style-type: none"> 胸部単純X線写真 基本X線診断料 | <p>3~5項目</p> | |

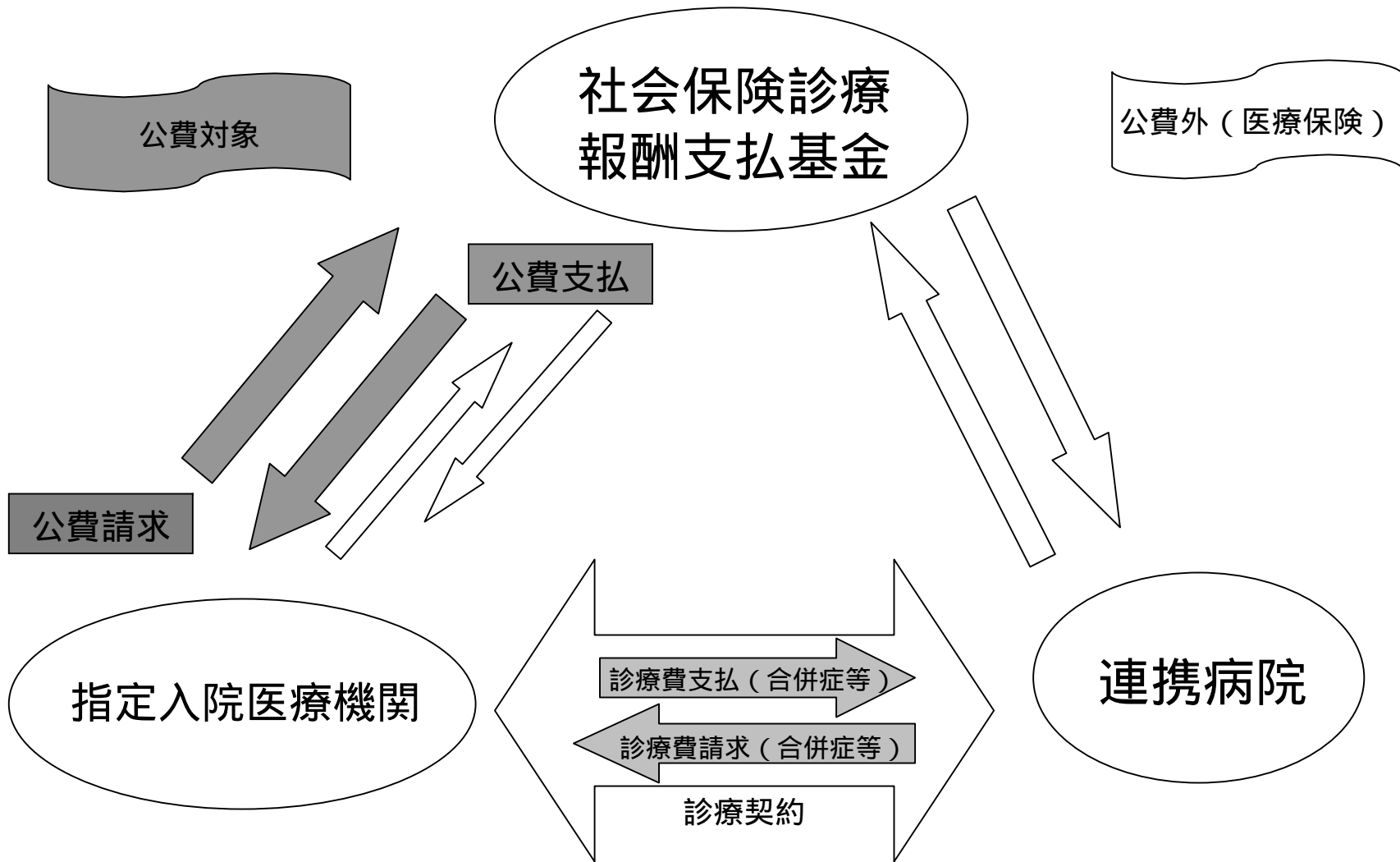
副作用等の管理に必要な検査として定期的実施が想定されるもの

- | | | |
|--|----------------|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 血液検査 <ul style="list-style-type: none"> 血液形態・機能検査 A. 末梢血液一般検査 血清生化学検査 <ul style="list-style-type: none"> A. 肝機能 B. 腎機能 C. 電解質 D. 栄養状態(脂質・蛋白質等) E. 貧血(Fe) F. 糖 G. 甲状腺機能 炎症反応 | <p>8~9項目程度</p> | <ol style="list-style-type: none"> 尿検査 <ul style="list-style-type: none"> 尿中一般物質定性半定量検査 心電図(6誘導・判断料を含む) 画像診断 <ul style="list-style-type: none"> 胸部単純X線写真 基本X線診断料 |
| <ol style="list-style-type: none"> 検体検査判断料 | <p>3~5項目</p> | |

処遇終了

上記以外は、医療保険等で給付

合併症等の診療費用の流れ



公費外の診療報酬のうち、国民健康保険加入者分は、国民健康保険団体連合会へ請求することとなる。

固定費の経費		約 486 百万円 / 年額
(精神疾患の療養に係る報酬)		
人件費	417	人件費の内容 ・医師4人 ・看護師44人 ・臨床心理技術者3人 ・精神保健福祉士2人 ・作業療法士2人 ・事務職2人 (うち1人は非常勤)
建物減価償却費	18	
設備減価償却費	6	
その他	45	
職員厚生経費	1	
・職員健康診断経費		
一般事務経費	11	
・印刷製本		
・庁用消耗品費		
・通信運搬費		
・コピー機等リース費		
・診療報酬請求事務委託費		
・関係機関連絡調整費		
・記録管理(電子カルテ等)に係るリース料等		
施設管理経費等	31	
・廃棄物処理費		
・清掃費		
・各種保守点検費		
・汚水処理維持管理		
・防災関係費		
・エレベーター等保守点検費		
・医療ガス設備保守点検費		
・診察衣等洗濯費		
・夜間警備費		
・光熱水料		
・燃料費		
・被服費		
・寝具借料及び損料		
・各所修繕費		
患者用用品等	2	
・作業療法消耗品費		
・心理療法消耗品費		
・その他		

直接処遇経費		約 9 千円 / 患者1人1日	
1	食事・投薬・処置等に係る報酬	実績	
}	定期検査等に係る報酬		4
	合併症、副作用等に係る報酬		
	(1) 投薬(医薬品費含む)		
	(2) 注射(医薬品費含む)		
	(3) 処置・手術		
(4) 検査			
(5) 画像診断			
(6) 食事			
2	患者搬送経費(合併症等の治療のため他院への転通院に係る経費)、社会復帰期等における院外活動経費(外出、外泊旅費等)	5	

は検討中

2 運営費

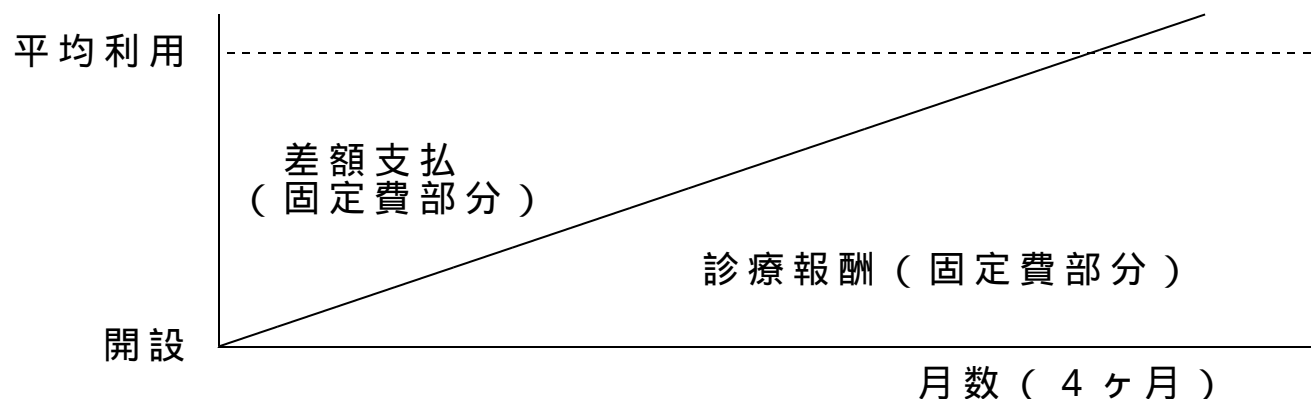
開設に必要な経費

開設時における効果的な病棟運営を行うための、開設前研修（実務を含め）等経費

- a 開設前の全職員研修（1ヶ月） 1施設当たり約3千万円
- b 開設前のリーダー研修（3ヶ月） 1施設当たり約5千万円
リーダー（全職員数の5割）は、計4ヶ月の研修を受ける。
- c その他必要な経費
 - ・セキュリティ機器関係
 - ・電子カルテ整備費
 - ・地域連携活動費
 - ・指定入院医療機関の変更に係る転院に必要な経費等

収入補填

開設時には所定の人員配置をしなければならないが、一方、対象者は裁判所の決定により段階的にしか入院しないため、開設当初の収支ギャップ（人員確保と入院動向のギャップ）の解消に必要な経費 1施設当たり約7千9百万円



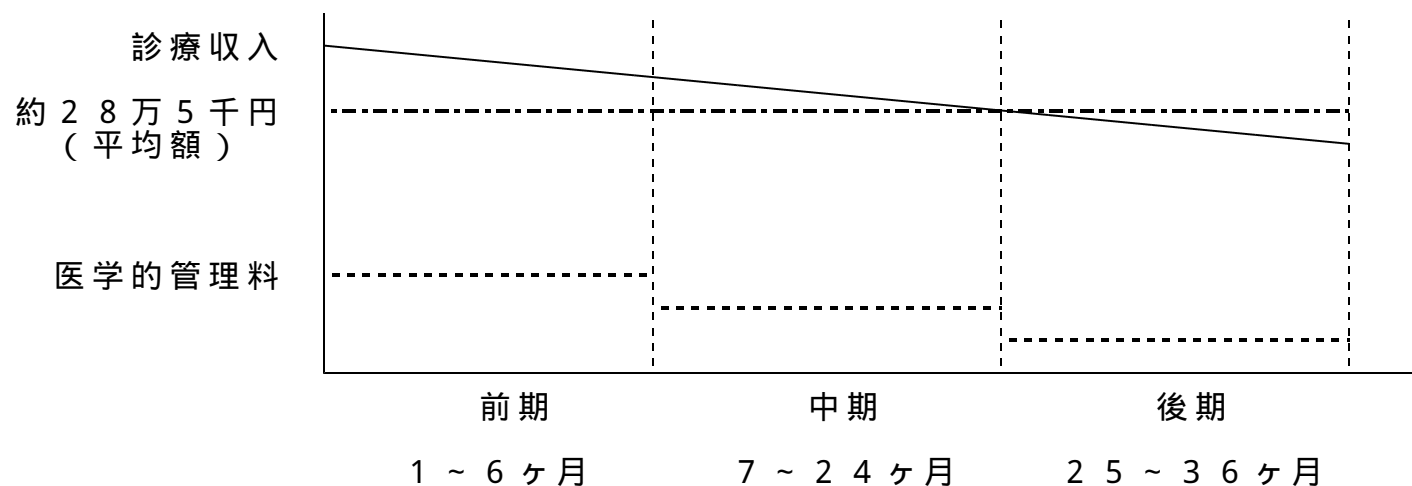
指定通院医療機関

1 経常的な診療収入

通院決定に係る精神障害の特性から見て密接不可分なもの（別紙４）については公費負担対象とし、それ以外は医療保険等の給付対象となる。

基本的には、法律第８３条第１項に基づき健康保険の例によるものとするが、社会復帰調整官、他の保健・福祉関係者との連携を行いつつ、総合的な治療計画を策定して、継続的な在宅の医学的管理が必要なことに着目して、一定の管理料を検討中（要求中）。

通院医療費 1 月単価（平均額） 約 2 8 万 5 千 円



新法による通院医療の給付対象の範囲

<h2>入院処遇からの移行</h2> <p>入院から通院へ移行する者は、通院時の検査は行わず、入院医療機関からの情報提供で対応</p>	精神疾患(主病)に係る療養(医療保険の診療報酬に定める主要サービス) 当該通院医療機関に限る	
	初・再診料、外来診療料等 ・在宅時医学管理料	精神科専門療法(通院) ・通院精神療法(個別・集団) ・精神科作業療法 ・標準型精神分析療法 ・心身医学療法 ・精神科訪問看護・指導料 ・その他
<h2>直接通院処遇</h2> <p>直接通院処遇となる者は、初回のみ入院時の検査と同等の検査を実施</p>	精神疾患(主病)に係る合併症・行動傷害等に係る療養 当該通院医療機関に限る	
	合併症・副作用(因果関係が明らかなもの) ・便秘異常(便秘) ・続発性パーキンソン症候群 ・不整脈 ・イレウス ・脱水症 ・電解質異常	行動の障害(因果関係が明らかなもの) ・胃炎(薬剤性胃炎) ・胃・十二指腸潰瘍(薬剤性胃・十二指腸潰瘍) ・肝機能障害(薬剤性肝炎・肝機能障害) ・貧血(薬剤性貧血及びその他の血球減少症) ・打撲・骨折等の外傷 ・創傷部感染 ・ビタミン異常 ・悪性症候群 ・神経因性膀胱 ・甲状腺機能障害 ・その他、因果関係が明らかなもの

処遇開始

副作用等の管理に必要な検査として定期的実施が想定されるもの

1. 血液検査 血液形態・機能検査 A. 末梢血液一般検査 血清生化学検査 A. 肝機能 B. 腎機能 C. 電解質 D. 栄養状態(脂質・蛋白質等) E. 貧血(Fe) F. 糖 G. 甲状腺機能 炎症反応 検体検査判断料	} 8~9項目程度 } 3~5項目	2. 尿検査 尿中一般物質定性半定量検査 3. 心電図(6誘導・判断料を含む) 4. 画像診断 胸部単純X線写真 基本X線診断料
--	--	---

処遇終了

上記以外は、医療保険等で給付

心神喪失者等医療観察法に係る先行
政省令の公布・施行等について

心神喪失者等医療観察法に係る先行政省令の公布・施行等について

1 先行政省令制定の趣旨

厚生労働大臣が毎年裁判所に送付する精神保健判定医等の名簿に関する規定を始めとする精神保健審判員の任命及び精神保健参与員の指定に係る規定については、法の公布日（平成15年7月16日）から起算して1年6か月を超えない範囲内において政令で定める日から施行することとされており、今般、当該規定の施行日を定める政令及び精神保健判定医の名簿等に記載すべき者の要件等を定める政令及び必要な省令を制定した。

2 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一部の施行期日を定める政令について

法第6条、第7条及び第15条の規定の施行期日を平成16年10月15日とするもの。

（参考）今回の政令において施行期日を定める規定の概要

（1）法第6条

精神保健審判員の選任及び任命、精神保健審判員の職務を行うのに必要な学識経験を有する医師（精神保健判定医）の名簿、精神保健審判員への手当の支給等を定めるもの。

（2）法第7条

精神保健審判員の欠格事由を定めるもの。

（3）法第15条

精神保健参与員の選任及び指定、精神保健福祉士その他の精神障害者の保健及び福祉に関する専門的知識及び技術を有する者の名簿、精神保健参与員への手当の支給等を定めるもの。

3 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施行令について

法の一部の施行に伴い、「精神保健判定医名簿」及び「精神保健参与員候補者名簿」に記載すべき者の要件を定めるとともに、これらの名簿の送付期限等を定めるもの。

（参考）本政令案の概要

（1）精神保健判定医名簿関係

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第18条第1項の規定による指定を受けている医師（精神保健指定医）であることなど、一定の要件を満たす者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名等を精神保健判定医名簿に記載すること。

（2）精神保健参与員候補者名簿関係

精神保健福祉士法（平成9年法律第131号）第28条の規定による登録を受けている者（精神保健福祉士）であることなど、一定の要件を満たす者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名等を精神保健参与員候補者名簿に記載すること。

（3）精神保健判定医名簿及び精神保健参与員候補者名簿の送付

精神保健判定医名簿及び精神保健参与員候補者名簿は、毎年11月1日までに、裁判所に送付すること。

（4）施行期日

平成16年10月15日

上記政令中の一定の要件の具体的な内容等を定めるために、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第六条第二項の名簿及び同法第十五条第二項の名簿に関する省令」を併せて制定し、平成16年10月15日に施行した。

4 参考資料等

法のうち、今回施行する規定以外の本体部分については、法の公布日（平成15年7月16日）から起算して2年を超えない範囲内において政令で定める日から施行することとされており、現在、その施行に向け指定入院医療機関の整備等の準備を進めているところである。

別添：精神保健判定医名簿及び精神保健参与員候補者名簿への記載要件の整理

平年度の精神保健判定医名簿の記載要件

厚生労働大臣は、次の 及び のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名等を精神保健判定医名簿に記載する。

名簿を送付する際に現に精神保健指定医であって、名簿を送付する年度の前年度の末日において、5年以上（精神保健福祉法第19条の2第2項の規定により職務を停止されていた期間を除く。）指定を受けていた者

次のイ、ロ又はハのいずれかに該当する者

イ 精神保健福祉法第27条第1項若しくは第2項、第29条の2第1項又は第29条の4第2項の規定による診察に従事した経験を、名簿を送付する年の4月1日前2年以内に有する者であって、厚生労働省令で定める研修（名簿を送付する年の11月1日前3年以内に行われたものに限る。）の課程を修了した者

ロ 精神保健審判員として、医療観察法第42条第1項、第51条第1項、第56条第1項又は第61条第1項の裁判を行った経験を名簿を送付する年の1月1日前2年以内において有する者

ハ 医療観察法第37条第1項、第52条、第57条又は第62条第1項に規定する鑑定を行った経験を名簿を送付する年の1月1日前2年以内において有する者

+

上記 及び のいずれにも該当する者と同等以上の学識経験を有すると認める者

平成16年度の精神保健判定医名簿の記載要件

厚生労働大臣は、次の 及び のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名等を精神保健判定医名簿に記載する。

名簿を送付する際に現に精神保健指定医であって、平成16年3月31日において、5年以上（精神保健福祉法第19条の2第2項規定により職務を停止されていた期間を除く。）指定を受けている者

精神保健福祉法第27条第1項若しくは第2項、第29条の2第1項又は第29条の4第2項の規定による診察に従事した経験又は従事する見込みを、平成17年4月1日前3年以内に有する者

+

上記 及び のいずれにも該当する者と同等以上の学識経験を有すると認める者

平年度の精神保健参与員候補者名簿の記載要件

厚生労働大臣は、次の 及び のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名等を精神保健参与員候補者名簿に記載する。

名簿を送付する際現に精神保健福祉士である者

次のイ又はロのいずれかに該当する者

イ 名簿を送付する年度の前年度の末日において、精神保健福祉士として登録を受けて相談援助の業務に従事している期間が5年以上（精神保健福祉士法第32条第2項の規定により精神保健福祉士の名称の使用を停止されていた期間を除く。）である者であって、厚生労働省令で定める研修（名簿を送付する年の11月1日前3年以内に行われたものに限る。）の課程を修了した者

ロ 精神保健参与員として、法第36条（法第53条、第58条及び第63条において準用する場合も含む。）の規定により審判に関与した経験を名簿を送付する年の1月1日前2年以内において有する者

+

上記 及び のいずれにも該当する者と同等以上の専門的知識及び技術を有する者

イの精神保健福祉士として相談援助の業務に従事している期間には、当分の間、精神保健福祉士法の施行前において相談援助の業務に従事している期間を算入することができる。

平成16年度の精神保健参与員候補者名簿の記載要件

厚生労働大臣は、次の 及び のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名等を精神保健参与員候補者名簿に記載する。

名簿を送付する際現に精神保健福祉士である者

平成16年3月31日において、精神保健福祉士として登録を受けて相談援助の業務に従事している期間が5年以上（精神保健福祉士法第32条第2項の規定により精神保健福祉士の名称の使用を停止されていた期間を除く。）である者

+

上記 及び のいずれにも該当する者と同等以上の専門的知識及び技術を有する者

の精神保健福祉士として相談援助の業務に従事している期間には、精神保健福祉士法の施行前において相談援助の業務に従事している期間を算入することができる。

政令第 号

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一部の施行期日を定める政令

内閣は、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（平成十五年法律第百十号）附則第一条ただし書の規定に基づき、この政令を制定する。

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第六条、第七条及び第十五条の規定の施行期日は、平成十六年十月十五日とする。

政令第 号

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施行令

内閣は、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（平成十五年法律第一百十号）第六条第二項及び第十五条第二項の規定に基づき、この政令を制定する。

（精神保健判定医名簿への記載）

第一条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名その他の厚生労働省令で定める事項を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「法」という。）第六条第二項の名簿（以下「精神保健判定医名簿」という。）に記載するものとする。

一 法第六条第二項の規定に基づき精神保健判定医名簿を送付する際に現に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号。以下「精神保健福祉法」という。）第十八条第一項の規定による指定を受けている者であつて、当該精神保健判定医名簿を送付する年度の前年度の末日において、厚生労働省令で定める期間以上の期間当該指定を受けていたもの

二 次のいずれかに該当する者

イ 精神保健福祉法第二十七条第一項若しくは第二項、第二十九条の二第一項又は第二十九条の四第二項の規定による診察に従事した経験（厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者であつて、厚生労働省令で定める研修（当該精神保健判定医名簿を送付する年の十一月一日前三年以内に行われたものに限る。）の課程を修了したもの

ロ 精神保健審判員として、法第四十二条第一項、第五十一条第一項、第五十六条第一項又は第六十一条第一項の裁判をした経験（厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者

ハ 法第三十七条第一項、第五十二条、第五十七条又は第六十二条第一項に規定する鑑定を行った経験（厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者

2 厚生労働大臣は、前項各号のいずれにも該当する者のほか、当該者と同等以上の学識経験を有すると認める者の氏名その他の同項の厚生労働省令で定める事項を、本人の同意を得て、精神保健判定医名簿に記載することができる。

（精神保健参与員候補者名簿への記載）

第二条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たものについて、その氏名その他の厚生労働省令で定める事項を法第十五条第二項の名簿（以下「精神保健参与員候補者名簿」という。）に記載するものとする。

一 法第十五条第二項の規定に基づき精神保健参与員候補者名簿を送付する際現に精神保健福祉士法（平成九年法律第三百一十一号）第二十八条の規定による登録を受けている者

二 次のいずれかに該当する者

イ 当該精神保健参与員候補者名簿を送付する年度の前年度の末日において、精神保健福祉士法第二十条の規定による登録を受けて同法第二条に規定する相談援助の業務に従事している期間が厚生労働省令で定める期間以上である者であつて、厚生労働省令で定める研修（当該精神保健参与員候補者名簿を送付する年の十一月一日前三年以内に行われたものに限る。）の課程を修了したもの

ロ 精神保健参与員として、法第三十六条（法第五十三条、第五十八条及び第六十三条において準用する場合を含む。）の規定により審判に関与した経験（厚生労働省令で定める程度のものに限る。）を有する者

2 厚生労働大臣は、前項各号のいずれにも該当する者のほか、当該者と同等以上の専門的知識及び技術を有すると認める者の氏名その他の同項の厚生労働省令で定める事項を、本人の同意を得て、精神保健参与員候補者名簿に記載することができる。

(精神保健判定医名簿及び精神保健参与員候補者名簿の送付)

第三条 厚生労働大臣は、毎年十一月一日までに、法第六条第二項の規定に基づく精神保健判定医名簿の送付及び法第十五条第二項の規定に基づく精神保健参与員候補者名簿の送付をしなければならない。

附 則

(施行期日)

第一条 この政令は、法第六条、第七条及び第十五条の規定の施行の日（平成十六年十月十五日）から施行する。

(精神保健判定医名簿への記載に関する経過措置)

第二条 平成十六年において法第六条第二項の規定に基づき送付する精神保健判定医名簿については、第一条の規定にかかわらず、厚生労働大臣は、次の各号のいずれにも該当する者のうち、本人の同意を得たも

のについて、その氏名その他の厚生労働省令で定める事項を当該精神保健判定医名簿に記載するものとする。

一 当該精神保健判定医名簿を送付する際現に精神保健福祉法第十八条第一項の規定による指定を受けている者であつて、平成十六年三月三十一日において、第一条第一項第一号の厚生労働省令で定める期間以上の期間当該指定を受けていたもの

二 精神保健福祉法第二十七条第一項若しくは第二項、第二十九条の二第一項又は第二十九条の四第二項の規定による診察に従事した経験（第一条第一項第二号イの厚生労働省令で定める程度のものに限る。

）を有する者

2 前項の精神保健判定医名簿については、厚生労働大臣は、同項各号のいずれにも該当する者のほか、当該者と同等以上の学識経験を有すると認める者の氏名その他の同項の厚生労働省令で定める事項を、本人の同意を得て、当該精神保健判定医名簿に記載することができる。

第三条 平成十九年において法第六条第二項の規定に基づき送付する精神保健判定医名簿に記載すべき者の要件に係る第一条第一項第二号イの規定の適用については、同号イ中「三年」とあるのは、「四年」とす

る。

(精神保健参与員候補者名簿への記載に関する経過措置)

第四条 平成十六年において法第十五条第二項の規定に基づき送付する精神保健参与員候補者名簿については、第二条の規定にかかわらず、厚生労働大臣は、当該精神保健参与員候補者名簿を送付する際現に精神保健福祉士法第二十八条の規定による登録を受けている者であつて、平成十六年三月三十一日において、同条の規定による登録を受けて同法第二条に規定する相談援助の業務に従事している期間が第二条第一項第二号イの厚生労働省令で定める期間以上であるもののうち、本人の同意を得たものについて、その氏名その他の厚生労働省令で定める事項を当該精神保健参与員候補者名簿に記載するものとする。

2 前項の精神保健参与員候補者名簿については、厚生労働大臣は、同項に該当する者のほか、当該者と同以上の専門的知識及び技術を有すると認める者の氏名その他の同項の厚生労働省令で定める事項を、本人の同意を得て、当該精神保健参与員候補者名簿に記載することができる。

第五条 第二条第一項第二号イ及び前条第一項の相談援助の業務に従事している期間には、当分の間、精神保健福祉士法の施行前において同法第二条に規定する相談援助の業務に従事している期間を算入すること

ができる。

第六条 平成十九年において法第十五条第二項の規定に基づき送付する精神保健参与員候補者名簿に記載すべき者の要件に係る第二条第一項第二号イの規定の適用については、同号イ中「三年」とあるのは、「四年」とする。

厚生労働省令第 号

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施行令（平成十六年政令第 号）第一条第一項、第二条第一項、附則第二条第一項及び附則第四条第一項の規定に基づき、並びに心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成十五年法律第百十号）を実施するため、この省令を制定する。

平成十六年 月 日

厚生労働大臣 尾辻 秀久

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第六条第二項の名簿及び同法第十五条第二項の名簿に関する省令

（精神保健判定医名簿に記載すべき事項）

第一条 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施行令（以下「令」という。）第一条第一項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 氏名

二 生年月日

三 連絡先（電話番号を含む。）

四 精神保健指定医の指定を受けた年月日

五 精神保健指定医の指定を受けている期間

六 令第一条第一項各号のいずれにも該当する者にあつては、同項第二号イ、ロ又はハのいずれに該当するかの別

七 令第一条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が同条第一項各号のいずれにも該当する者と同等以上の学識経験を有すると認める者にあつては、当該学識経験を有すると認められた理由

八 勤務先の名称

（令第一条第一項の期間及び程度）

第二条 令第一条第一項第一号の厚生労働省令で定める期間は、五年（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和二十五年法律第二百二十三号。以下「精神保健福祉法」という。）第十九条の二第二項の規定により精神保健指定医の職務を停止されていた期間を除く。）とする。

2 令第一条第一項第二号イの厚生労働省令で定める程度は、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（以下「法」という。）第六条第二項の規定に基づき精神保健判定医名簿を送付する年の四月一日前二年以内において、精神保健福祉法第二十七条第一項若しくは第二項、第二十九条の二第一項又は第二十九条の四第二項の規定による診察に従事した経験を有することとする。

3 令第一条第一項第二号ロの厚生労働省令で定める程度は、法第六条第二項の規定に基づき精神保健判定医名簿を送付する年の一月一日前二年以内において、精神保健審判員として、法第四十二条第一項、第五十一条第一項、第五十六条第一項又は第六十一条第一項の裁判をした経験を有することとする。

4 令第一条第一項第二号ハの厚生労働省令で定める程度は、法第六条第二項の規定に基づき精神保健判定医名簿を送付する年の一月一日前二年以内において、法第三十七条第一項、第五十二条、第五十七条又は第六十二条第一項に規定する鑑定を行った経験を有することとする。

（精神保健判定医名簿に記載のある者の精神保健指定医の指定を取り消した場合等の最高裁判所への通知）

第三条 厚生労働大臣は、法第六条第二項の規定に基づき送付した精神保健判定医名簿に記載のある者について、当該精神保健判定医名簿を送付した年の翌年の末日までに、精神保健福祉法第十九条の二第一項又

は第二項の規定により、精神保健指定医の指定を取り消し、又は精神保健指定医の職務の停止を命じたときは、速やかに、その者の氏名及び処分年月日を最高裁判所に通知するものとする。

(精神保健参与員候補者名簿に記載すべき事項)

第四条 令第二条第一項の厚生労働省令で定める事項は、次のとおりとする。

一 氏名

二 生年月日

三 連絡先(電話番号を含む。)

四 精神保健福祉士の登録を受けた年月日

五 精神保健福祉士の登録を受けて相談援助の業務に従事している期間

六 令第二条第一項各号のいずれにも該当する者にあつては、同項第二号イ又はロのいずれに該当するかの別

七 令第二条第二項の規定に基づき厚生労働大臣が同条第一項各号のいずれにも該当する者と同等以上の専門的知識及び技術を有すると認める者にあつては、当該専門的知識及び技術を有すると認められた理由

八 勤務先の名称

(令第二条第一項の期間及び程度)

第五条 令第二条第一項第二号イの厚生労働省令で定める期間は、五年（精神保健福祉士法（平成九年法律百三十一号）第三十二条第二項の規定により精神保健福祉士の名称の使用を停止されていた期間を除く。）とする。

2 令第二条第一項第二号ロの厚生労働省令で定める程度は、法第十五条第二項の規定に基づき精神保健参与員候補者名簿を送付する年の一月一日前二年以内において、精神保健参与員として、法第三十六条（法第五十三条、第五十八条及び第六十三条において準用する場合を含む。）の規定により審判に關与した経験を有することとする。

（精神保健参与員候補者名簿に記載のある者の精神保健福祉士の登録を取り消した場合等の地方裁判所への通知）

第六条 厚生労働大臣は、法第十五条第二項の規定に基づき送付した精神保健参与員候補者名簿に記載のある者について、当該精神保健参与員候補者名簿を送付した年の翌年の末日までに、精神保健福祉士法第三

十二条第一項又は第二項の規定により、精神保健福祉士の登録を取り消し、又は精神保健福祉士の名称の使用の停止を命じたときは、速やかに、その者の氏名及び処分の年月日を当該精神保健参与員候補者名簿を送付した地方裁判所に通知するものとする。

（精神保健判定医養成研修等の実施等）

第七条 令第一条第一項第二号イの厚生労働省令で定める研修（以下「精神保健判定医養成研修」という。

）及び第二条第一項第二号イの厚生労働省令で定める研修（以下「精神保健参与員候補者養成研修」という。）は、厚生労働大臣が実施するものとする。

2 精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修には、それぞれ、当該各研修の課程を修了したことがない者のための課程（以下「初回研修」という。）及びその他の者のための課程（以下「継続研修」という。）を置くものとする。

3 精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修の初回研修及び継続研修の科目及び時間数は、別表のとおりとする。

4 厚生労働大臣は、精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修を、厚生労働大臣の指定

する者（以下「研修実施者」という。）に行わせることができる。

（指定の申請）

第八条 前条第四項の指定は、精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修を行おうとする者の申請により行う。

2 前項の申請を行おうとする者（以下「申請者」という。）は、次の各号に掲げる書類を厚生労働大臣に提出しなければならない。

一 申請者の氏名及び住所（法人にあつては、その名称、主たる事務所の所在地及び代表者の氏名）を記載した申請書

二 申請者が法人であるときは、収支予算を記載した書類

三 申請者が法人であるときは、定款、寄附行為その他の基本約款

四 研修の実施に関する計画を記載した書類

五 その他指定に関し厚生労働大臣が必要と認める書類

（指定の基準等）

第九条 第七条第四項の指定は、次の各号のいずれにも適合していると認められる者について行う。

一 精神保健判定医養成研修及び精神保健参与員候補者養成研修を行うのに必要かつ適切な組織及び能力を有する者であること。

二 第八条第二項第四号の研修の実施に関する計画が適切なものであること。

(欠格事由)

第十条 厚生労働大臣は、次の各号のいずれかに該当する場合には、申請者を研修実施者として指定することができない。

一 申請者（法人にあつては、その役員）が法第七条各号のいずれかに該当する者である場合

二 申請者が、第十三条の規定により指定を取り消され、その取消の日から三年を経過しない場合

(変更の届出)

第十一条 研修実施者は、第八条第二項各号に掲げる書類の記載内容に変更があつたときは、その変更に係る事項を記載した書類を厚生労働大臣に提出しなければならない。

(報告の提出等)

第十二条 研修実施者は、毎事業年度終了後二月以内に、事業報告書を厚生労働大臣に提出しなければならない。

2 厚生労働大臣は、精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修の実施に関し必要があると認めるときは、研修実施者に対して報告を求めることができる。

3 厚生労働大臣は、精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修の内容その他の当該研修の実施に関する事項について適当でないと認めるときは、研修実施者に対して必要な指示をすることができる。

(指定の取消し)

第十三条 厚生労働大臣は、研修実施者が次の各号のいずれかに該当するときは、その指定を取り消すことができる。

- 一 偽りその他不正の行為により指定を受けたとき。
- 二 第九条各号のいずれかに適合しなくなったとき。
- 三 第十条各号のいずれかに該当するとき。

四 正当な事由がないのに精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修を実施しなかったとき。

五 前条第二項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたとき。

六 前条第三項の規定による指示に従わないとき。

(指定の辞退の届出)

第十四条 研修実施者は、その指定を辞退しようとするときは、辞退の日の一年前までに、厚生労働大臣にその旨を届け出なければならない。

(修了証の交付等)

第十五条 研修実施者は、その実施に係る精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修の課程を修了した者に対して、当該課程を修了したことを証する書面(以下「修了証」という。)を交付しなければならない。

2 研修実施者は、精神保健判定医養成研修又は精神保健参与員候補者養成研修を実施した時は、その終了後二週間以内に、前項の規定に基づき修了証を交付した者の氏名、生年月日、修了した研修の課程及び修

了年月日を記載した名簿を厚生労働大臣に提出しなければならない。

附 則

(施行期日)

第一条 この省令は、法第六条、第七条及び第十五条の規定の施行の日（平成十六年十月十五日）から施行する。

(精神保健判定医名簿の記載事項に関する経過措置)

第二条 令附則第二条第一項の厚生労働省令で定める事項については、第一条（第六号を除く。）の規定を準用する。この場合において、同条第七号中「令第一条第二項」とあるのは「令附則第二条第二項」と読み替えるものとする。

(精神保健判定医名簿への記載に関する経過措置)

第三条 平成十六年において法第六条第二項の規定に基づき送付する精神保健判定医名簿に記載すべき者の要件に係る第二条第二項の規定の適用については、同項中「送付する年の四月一日」とあるのは「送付する年の翌年の四月一日」とし、「二年以内」とあるのは「三年以内」とし、「従事した経験を有する」と

あるのは「従事した経験を有し、又は従事する見込みがある」とする。

（精神保健参与員候補者名簿の記載事項に関する経過措置）

第四条 令附則第三条第一項の厚生労働省令で定める事項については、第四条（第六号を除く。）の規定を準用する。この場合において、同条第七号中「令第二条第二項」とあるのは「令附則第四条第二項」と、「同条第一項各号のいずれにも該当する者」とあるのは「同条第一項に該当する者」と読み替えるものとする。

（相談援助の業務に従事している期間に関する経過措置）

第五条 第四条第五号の相談援助の業務に従事している期間には、当分の間、精神保健福祉士法の施行前において同法第二条に規定する相談援助の業務に従事している期間を算入することができる。

（研修に関する経過措置）

第六条 第七条第四項の指定を受けた者が平成十六年度において当該指定を受ける前に行った研修の課程であつて、その内容が同条第三項に規定する初回研修に準ずると認められるものは、同項に規定する初回研修とみなす。

別表（第六条関係）

科目	初回研修の時間数		継続研修の時間数	
	成研修	補者養成研修	成研修	補者養成研修
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及び精神保健福祉行政概論 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 関する法令及び実務	二時間三十分	四時間		
	二時間	二時間		

<p>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医療及び実務</p>	<p>八時間</p>
<p>司法精神医学</p>	<p>二時間三十分</p>
<p>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地域社会における処遇</p>	<p>四時間</p>
<p>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事例研</p>	<p>三時間</p>
<p>五時間</p>	<p>一時間三十分</p>
<p>二時間三十分</p>	<p>三時間</p>
<p>四時間</p>	<p>四時間三十分</p>
<p>四時間三十分</p>	<p>三時間</p>
<p>三時間</p>	<p>四時間三十分</p>
<p>三時間</p>	<p>三時間</p>
<p>三時間</p>	<p>三時間</p>
<p>三時間</p>	<p>三時間</p>

究

備考 第一欄に掲げる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事例研究は、最新の事例を用いて教授すること。

精神保健判定医、精神保健参与員関係

**(1) 精神保健判定医、精神保健参与員の
推薦状況**

精神保健判定医・精神保健参与員候補者の推薦状況

【判定医】

ブロック・都道府県別		推薦 必要数	候補者の推薦状況		
			推薦数	ブロック	
1	北海道	北海道	20	21	21
2	東北	青森県	5	5	34
3		岩手県	5	5	
4		宮城県	5	6	
5		秋田県	5	6	
6		山形県	5	6	
7		福島県	5	6	
8		関東 信越	茨城県	6	
9	栃木県		5	6	
10	群馬県		5	7	
11	埼玉県		13	13	
12	千葉県		11	18	
13	東京都		22	50	
14	神奈川県		16	22	
15	新潟県		5	6	
16	山梨県		5	5	
17	長野県		5	6	
18	東海 北陸	富山県	5	5	55
19		石川県	5	5	
20		岐阜県	5	5	
21		静岡県	7	17	
22		愛知県	13	18	
23		三重県	5	5	
24	近畿	福井県	5	5	35
25		滋賀県	5	5	
26		京都府	5	4	
27		大阪府	16	0	
28		兵庫県	11	10	
29		奈良県	5	6	
30	和歌山県	5	5		
31	中国 四国	鳥取県	5	5	28
32		島根県	5	5	
33		岡山県	5	5	
34		広島県	6	7	
35		山口県	5	6	
36	四国	徳島県	5	5	20
37		香川県	5	5	
38		愛媛県	5	5	
39		高知県	5	5	
40	九州	福岡県	10	11	62
41		佐賀県	5	6	
42		長崎県	5	5	
43		熊本県	5	6	
44		大分県	5	8	
45		宮崎県	5	8	
46		鹿児島県	5	11	
47		沖縄県	5	7	
合計			326	394	394

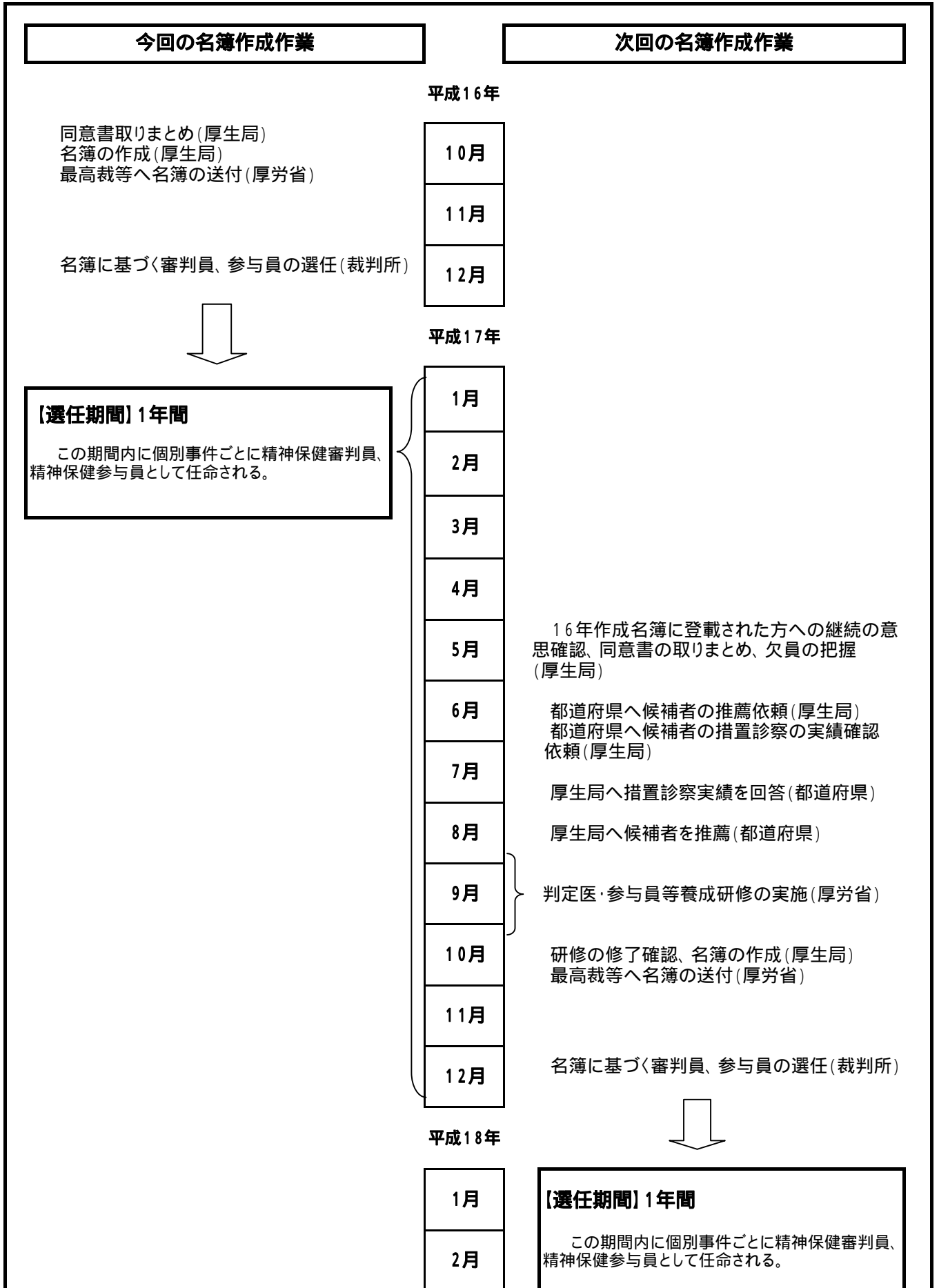
【参与員候補者】

ブロック・都道府県別		推薦 必要数	候補者の推薦状況		
			推薦数	ブロック	
1	北海道	北海道	20	21	21
2	東北	青森県	5	5	30
3		岩手県	5	5	
4		宮城県	5	5	
5		秋田県	5	5	
6		山形県	5	5	
7		福島県	5	5	
8		関東 信越	茨城県	6	
9	栃木県		5	5	
10	群馬県		5	5	
11	埼玉県		13	24	
12	千葉県		11	14	
13	東京都		22	68	
14	神奈川県		16	16	
15	新潟県		5	6	
16	山梨県		5	5	
17	長野県		5	6	
18	東海 北陸	富山県	5	5	52
19		石川県	5	5	
20		岐阜県	5	5	
21		静岡県	7	19	
22		愛知県	13	13	
23		三重県	5	5	
24	近畿	福井県	5	5	52
25		滋賀県	5	5	
26		京都府	5	2	
27		大阪府	16	17	
28		兵庫県	11	13	
29		奈良県	5	5	
30	和歌山県	5	5		
31	中国 四国	鳥取県	5	5	28
32		島根県	5	5	
33		岡山県	5	5	
34		広島県	6	8	
35		山口県	5	5	
36	四国	徳島県	5	5	20
37		香川県	5	5	
38		愛媛県	5	5	
39		高知県	5	5	
40	九州	福岡県	10	10	54
41		佐賀県	5	6	
42		長崎県	5	5	
43		熊本県	5	5	
44		大分県	5	5	
45		宮崎県	5	5	
46		鹿児島県	5	13	
47		沖縄県	5	5	
合計			326	412	412

京都府、大阪府、兵庫県については、現在、手続中(推薦は調整済み)である。

(2) 今後のスケジュールについて

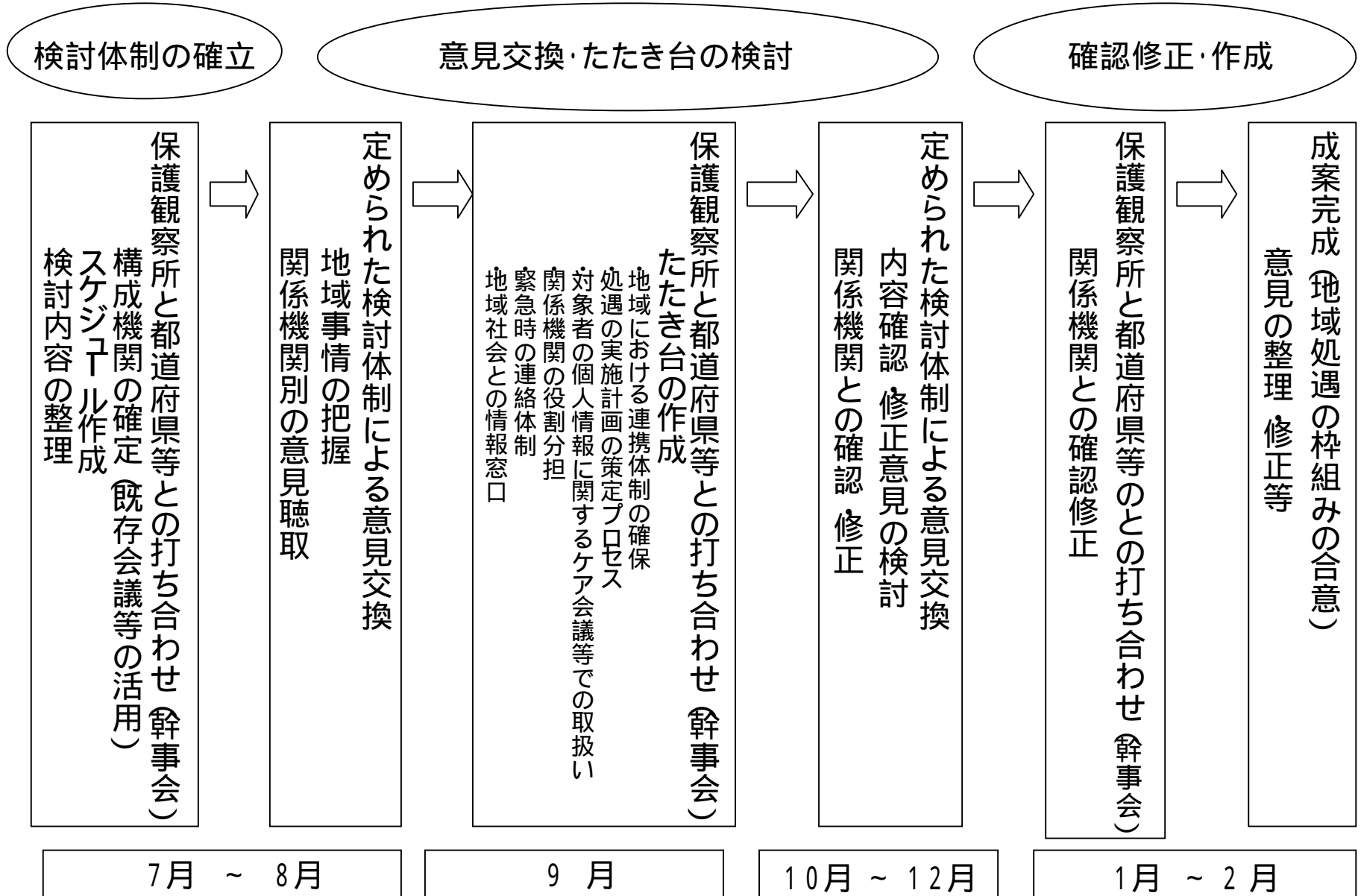
精神保健判定医名簿・精神保健参与員候補者名簿 作成スケジュール



地域処遇関係

(1) 運営細則の今後の進め方について

運営の細則(ガイドライン)の検討の一例



各都道府県における運営細則の検討状況

月別	運営の細則(ガイドライン)検討の例	各都道府県の進捗状況	
		完了(見込)	完了困難
9月	保護観察所と都道府県の打ち合わせ たたき台(素案)の作成 <ul style="list-style-type: none"> ・地域における連携体制の確保 ・処遇実施計画の策定プロセス ・対象者の個人情報に関するケア会議での取扱い ・関係機関の役割分担 ・緊急時の連絡体制 ・地域社会との情報窓口 	30	17
10月～11月	各関係機関(所属団体等)での検討		
12月～1月	意見交換会 原案(素案修正後)作成 <ul style="list-style-type: none"> ・内容確認、修正意見の検討、関係機関との確認、修正 保護観察所と都道府県の打ち合わせ 成案(原案修正後)作成 <ul style="list-style-type: none"> ・関係機関の確認、修正 	36	11
2月～3月	成案完成 <ul style="list-style-type: none"> ・意見の整理、修正等 関係機関への周知	21	26

運営の細則(ガイドライン)検討の例

この検討例は、運営細則の検討過程において各都道府県での具体的な取り組み事例を例示したものです。

地域の実状にあったより具体的な細則を作成するため、これらの事例も参考として、今後の作業を進めていただくようお願いします。

市町村担当者を地域代表として構成メンバーに招請

構成メンバー ・県、保護観察所、精神保健センター、保健所、指定入院医療機関
・指定通院医療機関候補、市町村担当課のほか、保健センター職員

検討状況 ・指定入院医療機関との連携により、より具体的な想定で検討を進めていく予定

仮の事例をもとに具体的な検討課題を整理

構成メンバー ・県、保護観察所、精神保健センター、保健所、指定入院医療機関、
・指定通院医療機関候補、各機関の医師、保健師、ケースワーカー、事務職など

検討状況 ・準備のための事例検討会として、仮の事例をもとに検討課題を整理
・さらに検討課題別に具体的な検討を進めた
・検討会メンバーに細則策定の協力依頼を行った

政令市、中核市との事前協議

構成メンバー ・県、保護観察所、政令市、中核市

検討状況 ・今後の進め方、地域における連携体制を中心に細則を検討
・各自治体ごとの検討結果を踏まえて(持ち寄り)、内容をさらに詰めていく予定

保健所主催の「地域保健福祉連絡会」の活用

構成メンバー ・県、保護観察所、保健所、医療機関、警察署、社会復帰施設、市町村
・保健所を主会場として、平素の連絡体制を活用し招集

検討状況 ・保護観察所が各連絡会の意見を集約し、骨子(原案)を作成中
・詳細の検討は、県において関係機関との整合性(調整)を図っていく予定

地域ブロック毎の説明会開催

構成メンバー ・県、保護観察所、保健所、医療機関、社会復帰施設、市町村障害・生保担当、民生委員

検討状況 ・現在、関係機関の代表者によるたたき台(原案)を作成中
・12月に上記説明会を開催し細則(原案)に対する意見をまとめる予定

各ガイドラインの修正関係

(1) 地域処遇ガイドライン

このガイドラインは、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地域社会における処遇について定めたものであるが、その他の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。

地域社会における処遇のガイドライン(案)

このガイドラインは、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地域社会における処遇について定めたものであるが、その他の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。

目次

1 ガイドラインの趣旨

2 総論

- (1) 基本用語の定義
- (2) 地域社会における処遇が指すもの
- (3) 地域社会における処遇を実施する上での配慮事項(精神保健福祉法との関係を含む。)
 - ア 関係機関相互間の連携確保及び役割の明確化
 - イ 情報の取扱い
 - ウ 地域住民等への配慮
 - エ 精神保健福祉法との関係
- (4) 関係機関相互間の連携
 - ア 法務省及び厚生労働省における連携
 - イ 地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携等
- (5) 関係機関の基本的な役割
 - ア 地域社会における処遇に携わる関係機関共通の役割
 - イ 各関係機関の基本的な役割
 - (ア) 保護観察所
 - (イ) 都道府県主管課
 - (ウ) 精神保健福祉センター
 - (エ) 保健所
 - (オ) 市町村主管課
 - (カ) 福祉事務所
 - (キ) 指定通院医療機関
 - (ク) 精神障害者社会復帰施設等
 - (ケ) その他
- (6) 情報の取扱い

- ア 情報の共有
- イ 情報の入手及び提供
- ウ 対象者への説明
- エ 関係機関における記録の管理等

(7) 地域住民等への配慮

3 各論

(1) 当初審判

- ア 生活環境の調査の実施
- イ 生活環境の調査結果の報告
- ウ 指定入院医療機関又は指定通院医療機関の内定

(2) 入院決定の場合の対応

- ア 指定入院医療機関の選定・変更
- イ 指定入院医療機関と保護観察所の連携
- ウ 生活環境の調整

(ア) 生活環境の調整の開始

(イ) 生活環境の調整の流れ

- エ 退院地及び指定通院医療機関の内定
- オ 処遇の実施計画案の作成
- カ 外出・外泊時の対応
- キ 退院許可又は入院継続の申立て

(3) 通院決定又は退院許可決定の場合の対応

- ア 通院決定時又は退院許可決定時における対応
- イ 処遇の実施計画の作成
- ウ 処遇の実施（通院医療、精神保健観察、援助等）
- エ ケア会議の開催等
- オ 処遇の実施計画の見直し
- カ 転居の届出への対応
- キ 旅行の届出への対応
- ク 病状悪化等による緊急時の対応

(4) 地域社会における処遇の終了等

- ア 本制度による処遇終了の申立て・期間満了
- イ 通院期間の延長の申立て
- ウ 入院の申立て

1 ガイドラインの趣旨

本ガイドラインは、心神喪失者等医療観察制度（以下「本制度」という。）に基づく地域社会における処遇に携わる者が、本制度に関する基本的な事項や処遇に対する考え方を共有することにより、全国的に統一かつ効果的に本制度による処遇が行われることを目的として定めるものである。

本ガイドラインは、対象者の円滑な社会復帰を促進するため、継続的な「医療」を確保することはもとより、対象者の地域社会への定着を図り、「本人の生活を支援する立場」にも力点を置く。

地域社会における処遇に携わる関係機関は、本制度の目的を達成するため、各地域において、本ガイドラインに沿った処遇を実施するために必要となる事項を、都道府県ごとの運営要綱等として定め、処遇の向上に努めるものとする。

本ガイドラインは、本制度による処遇が終了した後における一般の精神医療及び精神保健福祉の継続をも視野に入れつつ、広く地域の精神保健福祉全般の向上にも寄与することを旨とするものである。

2 総論

(1) 基本用語の定義

本ガイドラインにおいて、「地域社会における処遇」とは、本制度の対象者に対し、関係機関が相互に連携し、地域社会において、継続かつ適切な医療を提供するとともに、その生活状況の見守りと必要な指導を行い、また、必要な精神保健福祉サービス等の援助を提供する等の処遇をいう。

本ガイドラインにおいて「関係機関」とは、地方厚生局、指定医療機関及び保護観察所のほか、精神障害者の保健及び福祉に携わる以下の機関をいう。

- ・都道府県・市町村（特別区を含む。以下同じ。）の主管課
- ・都道府県・市町村の設置する精神保健福祉センター、保健所等の専門機関
- ・精神障害者社会復帰施設、精神障害者居宅支援事業者等の精神障害者の地域ケアに携わる機関

本ガイドラインにおいて、「入院」とは、指定入院医療機関への入院をいい、「入院医療」とは指定入院医療機関における入院による医療をいう。

本ガイドラインにおいて、「退院」とは、指定入院医療機関における入院医療が終了し、地域社会における処遇に移行することをいい、「通院医療」とは、指定通院医

療機関による入院によらない医療をいう。

本ガイドラインにおいて、「ケア会議」とは、個々の対象者（入院医療を受けている者を含む。）に対する地域社会における処遇の実施体制、実施状況等に関する情報の共有と処遇方針の統一を図るため、保護観察所が、指定通院医療機関、都道府県・市町村（その設置する保健所等の専門機関を含む。以下同じ。）のほか、必要に応じ、精神障害者社会復帰施設等の関係機関の参加を得て主催する会議をいう。

「地域社会における処遇」の概要については、図1のとおり。

(2) 地域社会における処遇が指すもの

地域社会における処遇に携わる関係機関等が、平素から相互に連携し、協力して処遇を実施し得る体制を整備する。

処遇の実施計画の作成やケア会議の実施を通じ、継続的かつ適切な医療の提供、継続的な医療を確保するための精神保健観察の実施、必要な精神保健福祉サービス等の援助の提供の3つの要素が、対象者を中心としたネットワークとして機能することを確保する。

対象者自らが、必要な医療を継続し、その病状を管理し、本制度の対象行為と同様の行為を行うことなく社会生活を維持できるよう支援する。

(3) 地域社会における処遇を実施する上での配慮事項（精神保健福祉法との関係を含む。）

ア 関係機関相互間の連携確保及び役割の明確化

地域社会における処遇が円滑に実施されるためには、そのためのシステムとして、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、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、各関係機関の役割の明確化を図ることが必要である。

イ 情報の取扱い

地域社会における処遇に携わる関係機関において、処遇に必要となる情報を相互に共有するに当たっては、対象者本人の同意を得るよう努めるなど、その情報

の取扱いについて特段の配慮が必要である。

ウ 地域住民等への配慮

地域社会における処遇を実施する上では、地域社会の実情に配慮するとともに、本制度に対する地域住民の理解の促進に努める必要がある。

エ 精神保健福祉法との関係

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、これらの入院が適切に行われるよう配慮する。

通院期間中において対象者の病状の悪化が認められた場合には、必要な医療を確保し、本制度による入院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適切に活用すべきである。

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、指定通院医療機関及び保護観察所においては、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。

本制度による処遇の終了時においては、一般の精神医療及び精神保健福祉サービス等が必要に応じ確保されるよう、十分に配慮する必要がある。

(4) 関係機関相互間の連携

ア 法務省及び厚生労働省における連携

法務省及び厚生労働省（以下「両省」という。）は、連携して本制度の円滑な運用の確保に努める。

両省は、指定医療機関の指定状況や保護観察所による関係機関相互間の協力的

制の整備状況など、地域社会における処遇の実施体制について相互に情報を共有する。

両省は、地方厚生局、指定医療機関、保護観察所、都道府県・市町村等の関係機関相互の連携協力が円滑に行われるよう、具体的方策を構ずる。

両省は、地域社会における処遇の運用状況について相互に情報を共有するとともに、常に評価を行い、必要に応じ、本ガイドラインの見直しを行う。

両省は、地域社会における処遇の実施において支障を生じた場合には、速やかに協議し、その対応策を講ずる。

イ 地域社会における処遇に携わる関係機関相互間の連携等

各関係機関は、地域精神保健福祉連絡協議会等の既存のネットワークを活用するほか、平素から各関係機関が行う会議等に相互に職員を派遣するなどし、その緊密な連携に努める。

本制度の地域社会における処遇の実施においては、都道府県・市町村及びその専門機関、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は、精神保健福祉業務の一環として各種の援助業務等を行うものであり、これら関係機関等の協力体制を強化する必要がある。

各関係機関は、地域における精神障害者に対する医療・保健・福祉の実情について情報を共有する。

各関係機関は、当該地域における処遇の円滑な推進のため、あらかじめ役割分担を明確にし、それぞれ関係機関相互間の必要な連絡調整を行うための窓口を設ける。

地域社会における処遇の実施に当たっては、関係機関の担当者のみならず、必要に応じ、対象者の社会復帰を支援する家族等のキーパーソンとの連携にも配慮する。

(5) 関係機関の基本的な役割

ア 地域社会における処遇に携わる関係機関に共通の役割

地域社会における処遇に携わる関係機関は、以下の役割を共通して担う。

- ・ 処遇の実施計画の作成及び見直しに携わる。
- ・ 処遇の実施計画に基づく処遇を実施する。

- ・ ケア会議への参加などを通じ、関係機関等との緊密な連携に努め、処遇を実施する上で必要となる情報の共有を図る。
- ・ 生活環境の調査・調整及び精神保健観察を始めとする地域社会における処遇の実施に関し、保護観察所からの要請に応じ、必要な協力を行う。

地方厚生局は、保護観察所等の関係機関と連携を図りつつ、必要な情報を提供することなどにより、地域社会における処遇の適正かつ円滑な実施を支援する。

イ 各関係機関の基本的な役割

(ア) 保護観察所

保護観察所は、本制度において、当初審判の段階から一貫して対象者に関与する立場にあり、地域社会における処遇のコ-ディネ-タ-としての役割を果たす。

保護観察所は、生活環境の調査、生活環境の調整（退院地の選定・確保のための調整、退院地での処遇実施体制の整備）、処遇実施計画の作成及び見直し、精神保健観察の実施（継続的な医療を確保するための生活状況の見守り、必要な指導等）等を行う。

保護観察所は、平素からの連携やケア会議の開催等を通じ、地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等の関係機関との緊密な連携体制を築く。

保護観察所は、地域社会における処遇が円滑に行われるよう、関係機関と連携して、本制度の普及啓発を行う。

(イ) 都道府県主管課

当該都道府県関係機関が行う処遇の実施状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定めるなど、必要な調整を行う。

都道府県主管課、精神保健福祉センター、保健所等の都道府県関係機関の果たすべき役割の明確化と分担を明らかにする。

(ウ) 精神保健福祉センター

都道府県・市町村が行う精神保健福祉サービス等の援助を始め、本制度において行われる地域精神保健福祉活動に関する業務の支援（技術援助、教育研修等）

を行う。

精神保健福祉相談、デイケア等のリハビリテーション機能をいかし、対象者及びその家族の支援を行う。

本制度による処遇終了後の一般の精神医療、精神保健福祉サービスの継続への円滑な橋渡しを行う。

(イ) 保健所

地域精神保健福祉の立場から対象者からの相談に応じ、訪問指導等の地域ケアを行う。

対象者の家族からの相談への対応を行う。

市町村と協力して、地域住民からの相談の窓口としてその対応を行う。

地域社会における処遇において、緊急的な介入が必要な場合における精神保健福祉法に基づく医療の確保、移送のための関係機関との連携等を行う。

(オ) 市町村主管課

精神保健福祉サービスの利用の窓口となり、あっせん、調整を行う。

当該市町村の関係機関及び精神障害者社会復帰施設等が行う処遇の実施状況の把握に努め、保護観察所に対する処遇の実施状況に関する報告をとりまとめる窓口を定めるなど、必要な調整を行う。

保健所と協力して、地域住民からの相談の窓口としてその対応を行う。

(カ) 福祉事務所

対象者の生活保護受給における対応を行う。

必要に応じ、社会福祉協議会(地域福祉のコーディネーター役)への協力を求め、連携してその他の必要な福祉サービスを行う。

民生委員の協力を得るための連絡調整を行う。

(キ) 指定通院医療機関

通院処遇ガイドラインに沿って、本制度による通院医療を実施する。

対象者の病状、治療等の状況に関し、必要に応じ、関係機関に情報提供する。

(ク) 精神障害者社会復帰施設等

個別事例に応じ、地域社会における処遇に携わる関係機関との連携・協力関係に基づく精神保健福祉サービスの提供を行う。

個別事例に応じ、処遇の実施計画における援助の内容の作成に関与する。

個別事例に応じ、精神障害者地域生活支援センターにおいて相談対応を行う。

(ケ) その他

緊急的な医療を要する場合の保護や措置通報を行う場合には、必要に応じ、警察署の協力を求める。

対象者の社会復帰のための福祉サービスの実施について、必要に応じ、社会福祉協議会、民生委員協議会等の協力を求める。

(6) 情報の取扱い

ア 情報の共有

本制度においては、保護観察所を通じ、関係機関相互間で必要な情報の収集、提供が可能な仕組みとされており、地域社会における処遇に携わる関係機関が、統一的で適正かつ円滑な処遇を実施する観点から、対象者に関する情報の共有は不可欠である。

法令の定めるところに基づいて処遇に必要な情報を共有するに当たっては、対象者本人の同意を得るよう努めるなど、対象者との信頼関係の構築に配慮するほか、情報の入手・管理・提供に関し、特段の配慮が求められる。

イ 情報の入手及び提供

各関係機関は、個人情報保護条例その他の当該機関の個人情報の取扱いに関する規程等に基づいて、対象者本人及びその家族等のプライバシーの保護に配慮しつつ、本制度における情報共有が適正かつ円滑に行われるよう努めるものとする。

保護観察所から、法令の規定に基づいて、地域社会における処遇を実施する上で必要となる情報の報告を求められた関係機関は、当該機関の個人情報の取扱いに関する規程等に基づき、これに応ずるものとする。

保護観察所は、指定通院医療機関及び都道府県・市町村に対し、当該機関による処遇を適切に実施する上で必要と認められる限度において、関係機関からの報告等を通じて取得した情報を提供する。

ウ 対象者への説明

保護観察所は、ケア会議等の場において、処遇を実施する上で必要となる情報を共有することの目的、必要性及びその取扱いについて、対象者本人に対し懇切・丁寧に説明するものとする。

各関係機関は、処遇の実施計画、ケア会議における決定内容その他対象者の処遇の実施に関し決定した重要事項について、対象者にその内容を懇切・丁寧に説明するものとする。

エ 関係機関における記録の管理等

各関係機関は、対象者及びその家族等のプライバシーの保護の観点から、当該対象者の記録の保管方法、機関外への持出しその他記録の管理に関する取扱い指針を定めるなど、個人情報の漏えい、滅失等の防止について留意する。

ケア会議等における資料は、各関係機関において厳重に管理するものとする。

(7) 地域住民等への配慮

地域社会における処遇に携わる関係機関は、地域社会からの日常の気付きを処遇にいかせるよう、地域の精神保健福祉ボランティアや一般地域住民等からの意見や情報提供を受け入れる体制を整備し、これらの意見等をケア会議に取り入れていくよう努める。

地域社会における処遇に携わる関係機関は、地域住民に対し、必要に応じ、本制度の仕組み等について説明を行い、理解を得るよう努める。

個別の事情に応じ、一定の範囲で地域住民に情報を開示することで、対象者の社会復帰が促進されると見込まれる場合には、対象者の個人情報については厳に慎重

に取り扱わなければならないことに留意しつつ、対象者の同意に基づき、地域住民に開示可能な情報の範囲を定めるものとする。被害者等についても、必要に応じ、対象者の社会復帰を促進する観点から、同様の配慮を行う。

保護観察所を始めとする関係機関は、被害者が対象者から再び同様の行為を受けることのないよう配慮し、必要な場合には、警察署等関係機関の協力を求める。

3 各 論

(1) 当初審判

ア 生活環境の調査の実施

保護観察所は、裁判所から命じられた調査項目を中心としつつ、次の事項について生活環境の調査を行う。

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

地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等の関係機関は、保護観察所の求めに応じ、生活環境の調査に必要な協力（関係機関の保有する対象者に関する情報の提供、意見照会に対する回答など）を行う。

生活環境の調査に当たっては、必要に応じ、対象者の同意を求める。

イ 生活環境の調査結果の報告

保護観察所が裁判所に対し生活環境の調査結果を報告するときは、必要に応じ、地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等と協議を行うなどして、各関係機関の意見をも踏まえ、裁判所に対して、当該居住地において継続的な医療が確保できるかどうかに関する意見を提出する。

地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等は調査結果の報告について、

保護観察所に意見を述べることができる。

ウ 指定入院医療機関又は指定通院医療機関の内定

地方厚生局は、裁判所の終局決定に先立ち、原則として、できるだけ対象者の地元に近い指定入院医療機関と事前調整を行い、入院決定があった場合の指定入院医療機関をあらかじめ内定する。

保護観察所は、裁判所の終局決定に先立ち、対象者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協議を行い、この協議結果を受けて、地方厚生局は、通院決定があった場合の指定通院医療機関を、あらかじめ内定する。

(2) 入院決定の場合の対応

ア 指定入院医療機関の選定・変更

地方厚生局は、指定入院医療機関を選定又は変更（転院）したときは、速やかに保護観察所に通知する。通知を受けた保護観察所は、都道府県・市町村等の関係機関に連絡する。

指定入院医療機関の変更（転院）については、外出・外泊を実施するために特に必要がある場合等（生活環境の調整が整っている退院地での外出・外泊を容易に実施するほか、指定入院医療機関と退院後の通院医療を担当する指定通院医療機関との円滑な連携を確保する上で必要がある場合等）に、当該対象者が現に入院している指定入院医療機関が、保護観察所との意見調整を行った上で発意し、地方厚生局において必要な調整等を行う。

イ 指定入院医療機関と保護観察所の連携

保護観察所の社会復帰調整官は、入院当初から指定入院医療機関に出向き、対象者と面談し、当該医療機関のスタッフと継続的に協議し、また、必要に応じ院内会議に出席するなどして、指定入院医療機関との緊密な連携に努める。

指定入院医療機関は、保護観察所の社会復帰調整官を必要な院内会議に加えるなど、対象者に関する情報の共有に努めるほか、社会復帰調整官の院内における執務の便宜を図るなど、緊密な連携に努める。

ウ 生活環境の調整

(ア) 生活環境の調整の開始

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）を管轄する保護観察所（以下「居住地保護観察所」という。）は、指定入院医療機関の所在地を管轄する保護観察所（以下「入院地保護観察所」という。）と連携し、地域社会における処遇へ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の調整に着手する。

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することとし、当該居住地への退院について特段の支障があると認める場合には、対象者の希望に基づき、以下の順に従って当該地域を退院予定地として設定し、調整を行う。

- ・ 居住地の存する市町村
- ・ 居住地の存する都道府県
- ・ 親族等の協力者が居住している都道府県
- ・ 対象者本人が相当期間の居住経験を有するなど、本人の成育歴その他の生活環境を踏まえ、適当と考えられる都道府県

(イ) 生活環境の調整の流れ

居住地保護観察所は、指定入院医療機関との協議、生活環境の調査結果、関係機関からの資料等に基づくほか、入院地保護観察所を通じ、対象者の病状その他の生活環境の調整を行う上で必要な情報を得るなどして、退院予定地における調整計画を立案する。

居住地保護観察所の社会復帰調整官は、入院当初から、定期又は必要に応じ指定入院医療機関を訪問し、対象者本人から生活環境の調整に関する希望を聴取するほか、指定入院医療機関のスタッフと、調整計画等に関する協議を行う。この場合、居住地保護観察所と指定入院医療機関が遠隔地であるなど、指定入院医療機関への訪問に支障がある場合には、必要に応じ、入院地保護観察所の社会復帰調整官が面接、協議等を行い、その状況を居住地保護観察所に報告するものとする。

調整計画は、対象者の希望を踏まえて作成し、その内容については、対象者に

懇切・丁寧に説明するものとする。

居住地保護観察所は、調整計画に基づいて、地方厚生局、都道府県・市町村と連携し、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、あつせん、調整するなどして生活環境の調整を行う。

都道府県・市町村及びその設置する専門機関は、保護観察所の求めに応じ、それぞれの機関において提供することのできる精神保健福祉サービス等の利用について調整を行う。

居住地保護観察所は、他の保護観察所の管轄区域を退院予定地として生活環境の調整を行う場合には、当該保護観察所と連携して、必要な調査、調整等を行う。

入院地保護観察所は、居住地保護観察所の生活環境の調整経過等を指定入院医療機関に連絡し、また、必要な情報を居住地保護観察所に報告するなどして、効果的な調整が行われるよう配慮する。

エ 退院地及び指定通院医療機関の内定

居住地保護観察所は、上記ウの生活環境の調整結果に基づき、当該対象者の社会復帰を促進する上で適当と認める退院予定地を、退院地として内定する。

地方厚生局は、上記ウの生活環境の調整結果及び下記カの外出・外泊の結果を踏まえ、当該退院地を管轄する保護観察所（以下「退院地保護観察所」という。）と協議して、あらかじめ当該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。

オ 処遇の実施計画案の作成

退院地保護観察所は、退院後の地域社会における処遇に携わる関係機関とケア会議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。この場合、退院地保護観察所は、退院後に必要となる処遇に関し、あらかじめ指定入院医療機関と協議する。

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。

退院地保護観察所は、退院後に必要となる精神保健観察の内容、関係機関相互間の連携確保のための具体的方策について検討する。

都道府県・市町村及びその設置する専門機関は、当該対象者の入院医療を担当する指定入院医療機関及び保護観察所の意見並びに当該地域における精神障害者に対する精神保健福祉サービスの実情等を踏まえ、それぞれの機関において提供することのできる精神保健福祉サービス等の援助の内容について検討する。

退院地保護観察所は、指定通院医療機関、都道府県、市町村等と協議の上作成した処遇の実施計画案を入院地保護観察所に送付するほか、対象者への説明の機会を設け、その同意を得るよう努める。

入院地保護観察所は、処遇の実施計画案に関し、必要に応じ指定入院医療機関と協議して、その状況を退院地保護観察所に報告する。

カ 外出・外泊時の対応

指定入院医療機関は、対象者が院外外出（指定入院医療機関の敷地外への外出）又は外泊（指定入院医療機関の敷地外での宿泊）の計画を作成したときは、その計画を保護観察所に連絡する。保護観察所は、必要に応じ、外出外泊計画を関係機関に周知する。

指定入院医療機関は、退院地への外泊を行うに当たっては、あらかじめ、保護観察所にその旨を連絡する。外泊の終了時についても、同様とする。

指定入院医療機関は、外出・外泊の実施に際し、必要に応じて保護観察所の協力を求め、その医学的管理のもと、対象者と、当該対象者の退院後の地域社会における処遇に携わる指定通院医療機関、保護観察所、都道府県・市町村のスタッフとが面談する機会を設けるなどして、その関係構築に配慮する。

キ 退院許可又は入院継続の確認の申立て

指定入院医療機関は、入院医療の必要性がないとして退院許可の申立てを行おうとする場合、又は引き続き入院医療の必要性があるとして入院継続の確認の申立てを行おうとする場合は、当該対象者の生活環境の調整の状況について保護観察所の意見を踏まえ、入院医療の必要性の有無について新病棟運営会議において評価を行う。

退院地保護観察所は、当該対象者の退院後の地域社会における処遇に携わる関

係機関から必要に応じ意見を聴取した上、当該退院地において継続的な医療が確保できるかどうかについての意見を、指定入院医療機関に提出する。

指定入院医療機関は、保護観察所からの意見を付して、裁判所に対し、退院許可等の申立てを行う。

保護観察所は、退院許可等の申立てが行われた場合は、その旨を当該対象者の退院後の地域社会における処遇に携わる関係機関に連絡する。

(3) 通院決定又は退院許可決定の場合の対応

ア 通院決定時又は退院許可決定時における対応

退院許可決定に当たっては、指定入院医療機関及び入院地保護観察所と、指定通院医療機関、退院地保護観察所等地域社会における処遇に携わる関係機関との間で、必要な情報を交換するなどして、処遇の継続性の確保に配慮する。

保護観察所は、対象者から居住地の届出を受けるとともに、地方厚生局にその内容を通知する。通知を受けた地方厚生局は、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選定し、保護観察所に通知する。

保護観察所は、関係機関と連携し、家族等による出迎え、緊急時における医療の対応等の調整を行い、対象者が退院地へ円滑に移動するための方策を講ずる。

イ 処遇の実施計画の作成

保護観察所は、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・市町村等と協議の上、速やかに処遇の実施計画を作成する。この場合、指定入院医療機関から退院した対象者については、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て作成する。

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、通院医療の内容について検討する。

保護観察所は、当該対象者の精神保健観察の内容、関係機関相互間の連携確保のための具体的方策について検討する。

都道府県・市町村及びその設置する専門機関は、指定医療機関及び保護観察所の意見並びに当該地域における精神障害者に対する精神保健福祉サービスの実情等を踏まえ、それぞれの機関において提供することのできる精神保健福祉サ - ビ

ス等の援助の内容について検討する。

処遇の実施計画に記載する処遇の内容及び方法については、概ね次のとおりとする。

- ・ 医療については、指定通院医療機関の名称、主治医・担当スタッフ名、医療方針、通院及び訪問診療等の頻度、指示事項等
- ・ 精神保健観察については、保護観察所名、担当社会復帰調整官名、精神保健観察の目的、接触の方法（訪問、出頭及びその頻度等）、指導事項等
- ・ 援助等については、精神保健福祉関係機関名、担当者名、援助の内容及び方法等
- ・ ケア会議の予定（内容、頻度、場所等）、関係機関が行う定期報告等
- ・ 病状急変時等緊急時の対応（精神保健福祉法による入院の体制等）
- ・ その他処遇に当たっての留意事項や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（通院後期の場合）等

処遇の実施計画については、対象者に懇切・丁寧に説明し、同意を得るよう努める。

ウ 処遇の実施（通院医療、精神保健観察、援助等）

地域社会における処遇に携わる関係機関は、対象者及びその家族等の関係者に対し、本制度による処遇の在り方や内容について、懇切・丁寧に説明し、理解を得るよう努める。

地域社会における処遇に携わる関係機関は、通院期間中、処遇の実施計画に基づいて、概ね次のとおり処遇を行う。

- ・ 指定通院医療機関は、通院処遇ガイドラインに基づき、継続的かつ適切な医療を提供し、その病状の改善を図る。
- ・ 保護観察所は、必要な医療の継続を確保するため、訪問又は出頭による面談や、指定通院医療機関、都道府県・市町村等からの生活状況の報告を受けるなどにより、対象者が必要な医療を受けているか否か及びその生活状況を見守り、通院や服薬を促したり、家族等からの相談に応じ、助言を行うなどの必要な指導等を行う。
- ・ 都道府県・市町村は、対象者やその家族等からの相談に応じ、必要な指導を行ったり、精神障害者社会復帰施設、ホムヘルプ、デイケア等必要とされる精神障害者居宅生活支援事業等の利用の調整を行うほか、生活保護等の福祉サービス等の援助を行う。

エ ケア会議の開催等

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。

当該対象者の処遇に携わる指定通院医療機関、都道府県・市町村及びその設置する専門機関並びに対象者及びその保護者は、保護観察所に対し、ケア会議の開催を提案することができる。

ケア会議の参加機関は、当該対象者の処遇に携わる指定通院医療機関、都道府県・市町村及びその設置する専門機関とし、その他の出席者については、保護観察所がこれら参加機関の意見を聴取した上で決定する。

対象者及びその保護者は、ケア会議に出席して意見を述べることができる。ただし、保護観察所が、指定通院医療機関その他の参加機関の意見を聴いた上で適当でないと認めるときは、この限りでない。

対象者の家族等の関係者は、保護観察所が必要と認めるとき、ケア会議に出席して意見を述べるができる。

保護観察所は、地域社会における処遇に携わる関係機関に対し、処遇の実施状況について報告を求め、また、必要な情報を提供するなどして、相互に情報の共有を図り、緊密な連携の確保に努める。

保護観察所は、ケア会議の実施及びその議論内容に関する記録を管理する。

ケア会議で行われた情報交換の内容、配布された資料について、その取扱いに関し特に留意すべき事項については、参加者に周知されなければならない。

保護観察所は、ケア会議で決定されたこと等に関して、対象者に懇切・丁寧に説明し、同意を得るよう努める。

オ 処遇の実施計画の見直し

通院期間中、地域社会における処遇に携わる関係機関は、常に各々の処遇の実施状況について評価を行い、対象者を取り巻く生活環境の変化、社会復帰のための新たなニーズ等の把握に努める。また、処遇の実施計画に影響すると思われる情報を得た場合は、保護観察所にケア会議の開催を求めることができる。

保護観察所は、処遇の実施計画に基づく処遇の実施状況を常に把握し、当該実施計画について見直しの必要があると認めたときは、ケア会議を開催するなどして、関係機関との協議を行う。

処遇の実施計画を見直しを行った場合には、対象者に懇切・丁寧に説明し、同意を得るよう努める。

保護観察所は、処遇の実施計画を変更した場合には、その旨を関係機関に周知する。

カ 転居の届出への対応

保護観察所は、転居の届出を受けた場合は、転居先を管轄する保護観察所を通じ、当該転居先等の生活環境、近隣の指定通院医療機関の状況等について調査する。

保護観察所は、転居の届出を受けた場合において、指定通院医療機関の変更の必要があると認めるときは、対象者の転居先にある複数の指定通院医療機関の中から、できるだけ当該転居先に近いものと協議を行い、この協議結果を受けて、地方厚生局は、転居後の指定通院医療機関を、あらかじめ内定する。

転居先の保護観察所においては、速やかに指定通院医療機関、都道府県・市町村等と協議の上、処遇の実施計画を策定する。

転居後の指定通院医療機関は、必要な診療情報を現在の指定通院医療機関より入手するとともに、通院医療の内容について検討する。

保護観察所は、転居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認める場合には、対象者に対して、懇切・丁寧に説明する。

キ 旅行の届出への対応

保護観察所は、長期の旅行の届出を受けた場合は、医療の継続性の面で支障がないか、指定通院医療機関の意見を聴くとともに、旅行期間中に受けることとなる医療の予定について対象者に確認する。

保護観察所は、長期の旅行において、対象者に対し、その旅行先の保護観察所を現地での連絡先として伝えるとともに、当該保護観察所に対し、事前に、対象者の旅行の日程、旅行期間中において受けることとなる医療の予定等を連絡する。

保護観察所は、旅行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

当でないとする場合には、対象者に対して、懇切・丁寧に説明する。

保護観察所は、長期の旅行において、適正かつ円滑な処遇を確保するため必要があると認めるときは、指定通院医療機関、都道府県・市町村等に協力を求めることができる。ただし、医療費については選定された指定通院医療機関ではないことから医療保険による対応となる。

ク 病状悪化等による緊急時の対応

病状悪化等による緊急時の対応方法については、ケア会議等の場であらかじめ協議して定めておくほか、対象者及びその家族等の関係者に対し、その対応方法についてあらかじめ説明しておく。病状悪化時の対応方法については、既存の精神科救急医療システムの活用についても考慮する。

対象者の病状悪化が認められた場合には、その病状に応じて、あらかじめ協議していた対応方法に基づき、対象者に適切な精神科救急医療を提供するとともに、精神保健福祉法による任意入院、医療保護入院、措置入院などを適切に行うなどして必要な医療の確保に努める。精神保健福祉法による入院が行われた場合には、関係機関は、その旨を速やかに保護観察所に連絡する。

保護観察所は、病状悪化が認められた対象者について、本制度による入院医療の必要性が認められるかどうかの判断を行うため、必要に応じてケア会議を開催するなどして、その結果に応じ、入院の申立てを行う。

指定医療機関は、保護観察所等の関係機関からの求めに応じ、対象者の病状が悪化した場合の対応、病状改善の見込み等について助言を行うものとする。

保護観察所は、緊急の対応を必要とする場合に備え、対象者の地域社会における処遇に関する地方厚生局、指定医療機関、都道府県・市町村等と、互いにその担当者の緊急連絡先を通知しておく。

(4) 地域社会における処遇の終了等

ア 本制度による処遇終了の申立て・期間満了

保護観察所は、本制度による処遇を終了することが相当と認めたとき又は指定通院医療機関から本制度による処遇を終了することが相当である旨の通知を受けたときは、ケア会議を開催するなどして、関係機関と協議し、必要があると認められる場合は、処遇終了の申立てを行う。

指定通院医療機関は、処遇終了の申立てに関する意見書を作成し、保護観察所に提出する。

都道府県・市町村は、処遇終了の申立てに関し、保護観察所に意見を述べるることができる。

保護観察所は、処遇終了の申立てをした場合には、関係機関にその旨を通知する。その決定があった場合も同様とする。

処遇終了に当たっては、一般の精神医療及び精神保健福祉サービス等が必要に応じ確保されるよう、関係機関が相互に協議するなどして、十分に配慮する必要がある。

イ 通院期間の延長の申立て

保護観察所は、通院期間を延長することが相当と認めたとき若しくは指定通院医療機関から通院期間延長が必要である旨の通知を受けたとき、又は通院期間の満了日の概ね数か月前に至ったときは、ケア会議を開催するなどして、関係機関と協議し、必要があると認める場合は、通院期間の延長の申立てを行う。

指定通院医療機関は、通院期間の延長の申立てに関する意見書を作成し、保護観察所に提出する。

都道府県・市町村は、通院期間の延長の申立てに関し、保護観察所に意見を述べるることができる。

保護観察所は、通院期間の延長の申立てをした場合には、関係機関にその旨を通知する。その決定があった場合も同様とする。

ウ 入院の申立て

保護観察所は、対象者について入院医療の必要性を認めたとき、又は指定通院医療機関、都道府県・市町村からの通報等に基づき、入院の申立てを検討する場合には、原則として、対象者の現況を直接確認し、またケア会議を開催するなどして、関係機関と協議し、必要があると認める場合は、入院の申立てを行う。

指定通院医療機関は、入院の申立てに関する意見書を作成し、保護観察所に提出する。

保護観察所は、必要があると認める場合は、入院の申立てに併せて、裁判所に

対し、鑑定入院医療機関を推薦する。

保護観察所は、入院の申立てに伴う同行状又は鑑定入院命令の執行において、医師、警察官等による援助が必要な場合には、あらかじめ該当する関係機関と協議する。

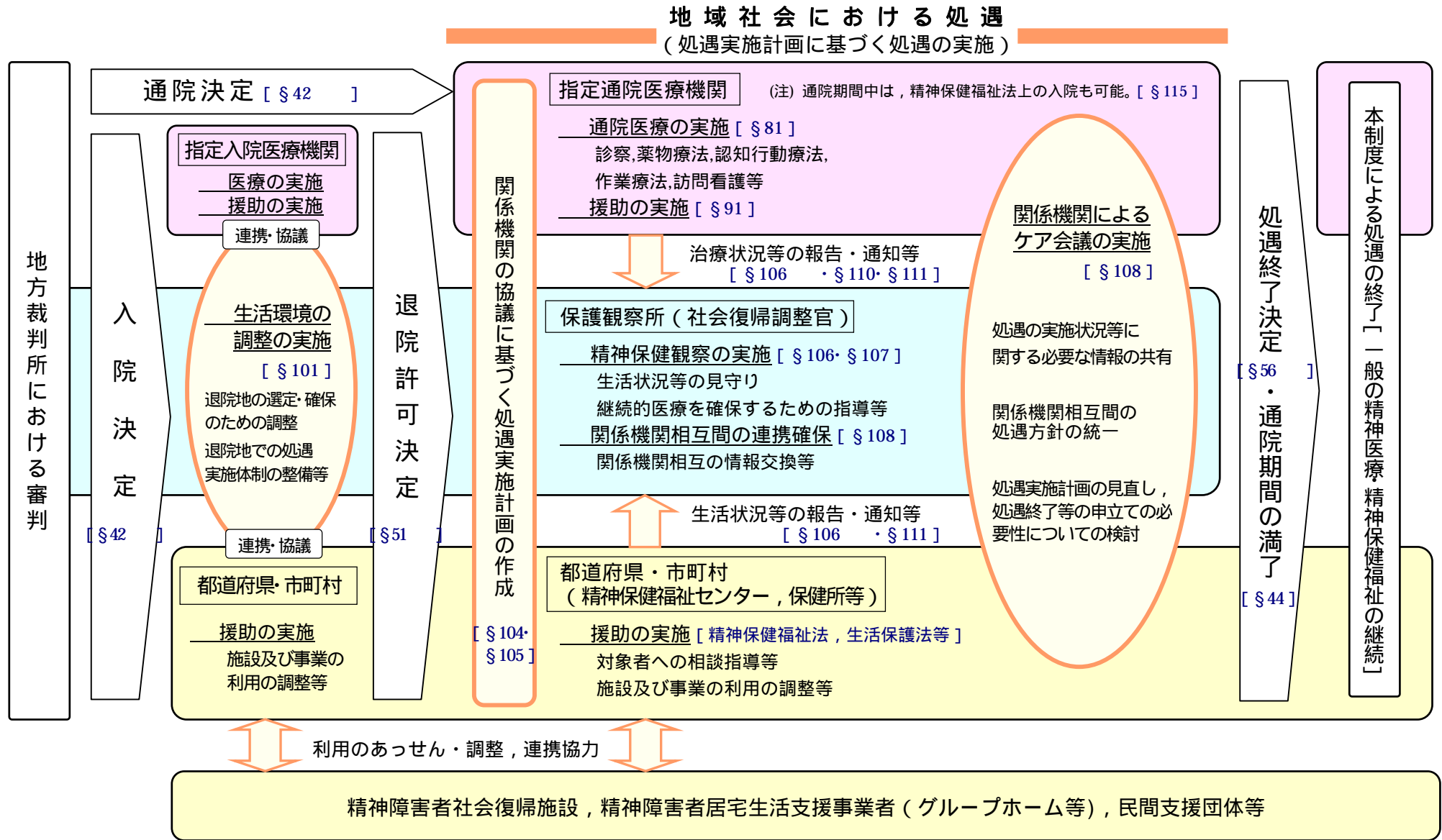
保護観察所は、入院の申立てをした場合には、地方厚生局その他関係機関にその旨を通知する。その決定があった場合も同様とする。

保護観察所は、緊急の場合で、指定通院医療機関その他関係機関との協議を経ずに入院の申立てをした場合には、速やかに、関係機関に対してその旨を連絡する。

(図 1)

地域社会における処遇の概要

(注) 図中の[§]は、心神喪失者等医療観察法の該当条文を示す。([§ 42]は、42条1項1号)



(2) 指定入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入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。

指定入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．指定入院医療機関、管理者等の役割

- (1) 指定入院医療機関の概要
- (2) 指定入院医療機関の管理者
- (3) 指定入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) 入院（再入院）決定から対象者の受入れまで
- (2) 入院から退院の申立てまで
- (3) 退院
- (4) その他の主な事務

4．入院中の対象者に関する留意事項等

- (1) 回復期及び社会復帰期における自己管理
- (2) 実費徴収・預り金
- (3) 面会
- (4) 必要な診療記録の保管
- (5) 入院処遇の改善に向けた取組みへの参画
- (6) 個人情報取扱い
- (7) その他

5．地域連携体制の確保

- (1) 通常時における地元自治体、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

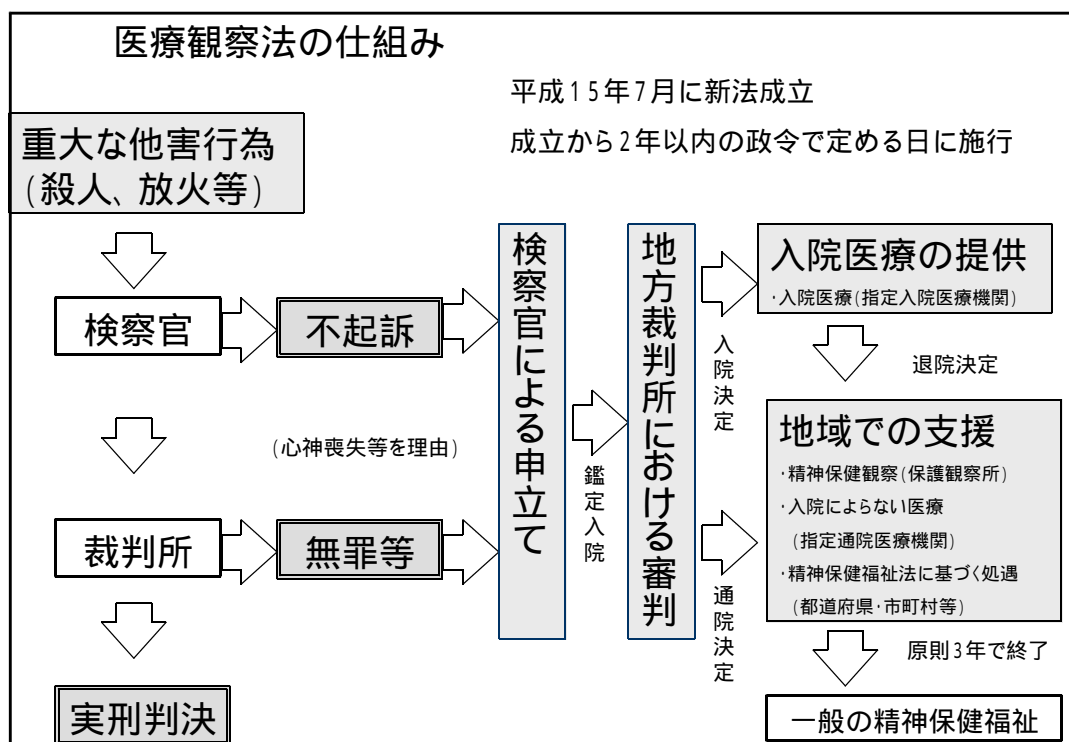
- (1) 監査等の実務
- (2) 診療報酬請求事務手続

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。

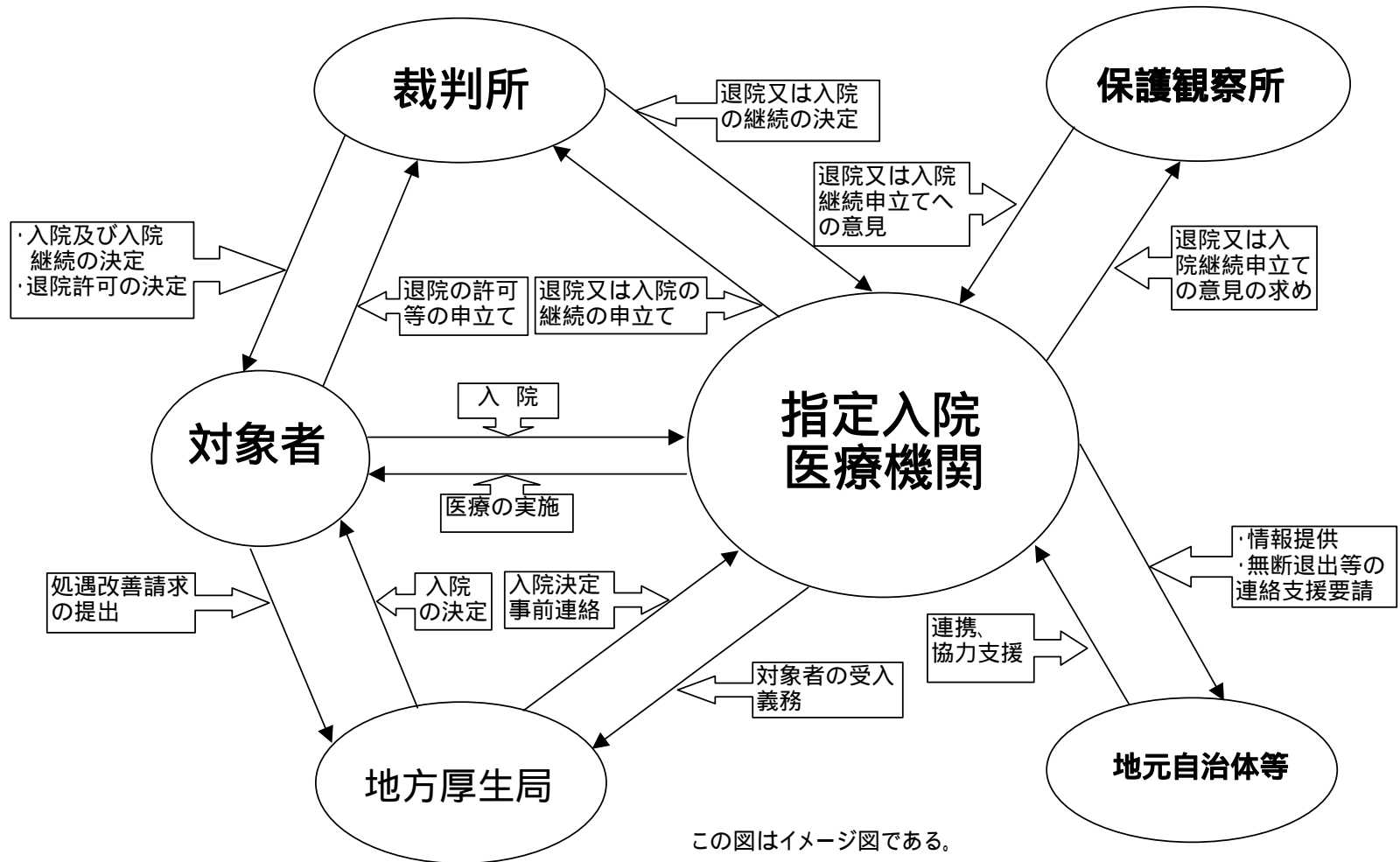


(2) 本ガイドラインの目的

入院処遇ガイドラインを基本に入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最初の段階を担う指定入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入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。

指定入院医療機関の役割

(指定入院医療機関を中心に)



2 . 指定入院医療機関、管理者等の役割

(1) 指定入院医療機関の概要

指定入院医療機関は、医療政策として必須の医療を担うものとして、本法上、その設置主体は、国、都道府県又は特定独立行政法人に限定されている。

指定入院医療機関における入院処遇の目標、理念は次のとおりであり、その具体的な処遇については、入院処遇ガイドラインに沿って行われる。

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種職の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、適正な医療の提供、情報管理、地域における連携、危機管理等の各面から、運営管理、人員配置、施設・設備等において必要な水準を確保する（次頁参照）ものである。

(2) 指定入院医療機関の管理者

指定入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）
- ・ 本法による入院決定を受けた者を入院させる義務（法 8 9 条 1 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提供を求めることができること
(法 9 0 条 1 項、2 項)
- ・ 指定入院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)
- ・ 厚生労働大臣定の定めた基準の遵守義務（法 9 3 条 2 項）
- ・ 対象者を、医学的管理の下に指定入院医療機関の敷地外に外出・外泊させることができること
(法 1 0 0 条 1 項、2 項)
- ・ 精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に入院する必要がある場合には、その旨を他の医療施設に入院させることができる。その間、本法に基づく医療を行わないことができること（法 1 0 0 条 3 項）

入院中における対象者の処遇に関するもの

- ・ 必要な行動制限を行うことができること（法 9 2 条 1 項）
- ・ 行うことができない行動制限（法 9 2 条 2 項、3 項）
- ・ 処遇改善請求による審査における、社会保障審議会からの求め等に応じる義務
(法 9 6 条 4 項)
- ・ 処遇改善の措置命令に応じる義務（法 9 6 条 5 項）
- ・ 厚生労働大臣による報告徴収等に応じる義務（法 9 7 条 1 項）
- ・ 厚生労働大臣による改善命令に応じる義務（法 9 8 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)
- ・ 生活環境の調整に係る保護観察所の長による協力の求めに応ずること
(法 1 0 1 条 2 項)

裁判関係手続に関するもの

< 本法上の権利義務関係 >

- ・退院の許可又は入院継続の確認の申立て等を行ったときの意見陳述・資料の提出義務（法25条）
- ・裁判所による審判期日の出席の求めに応ずること（法31条5項）
- ・退院の許可又は入院の継続の確認の申立て等に対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができること（法32条2項）
- ・退院の許可又は入院継続の確認の申立てを行う義務（法49条1項、2項）
- ・退院の許可等の申立てをした場合は、申立てに対する決定があるまでの間、入院を継続して医療を行うことができること（法49条3項）
- ・退院の許可又は入院継続の確認の決定に対して抗告（再抗告）する権利（法64条1項、70条1項）
- ・抗告（再抗告）の取下げ（法65条、法70条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。

< 最高裁規則上の権利義務関係 >

- ・裁判所による審判期日の出席の求めに応ずる際（法31条5項）、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧する際（法32条2項）及び裁判所により審判に必要な事項につき打合せが開かれる際（最規40条1項）に、（それぞれに対応すべき者として）医師を指定した場合には、書面をもって、その旨を裁判所に通知する義務と、その通知の内容に変更が生じたときにも同様に通知する義務（最規22条1項）
- ・裁判所により審判に必要な事項につき打合せが開かれる際、出席すること（最規40条1項）
- ・裁判長等が、対象者の精神障害等の状態から必要があると認めるときに、裁判長等から、指定入院医療機関の管理者又はその指定する医師は、協力を求められること。（最規46条第2項）

対象者の無断退去への対応に関するもの

- ・無断退去者を連れ戻すことができること（法99条1項）
- ・警察官に対し、無断退去者の連戻しについて援助を求めることができること（法99条2項）
- ・所轄の警察署長に対し、無断退去者について通知し所在の調査を求める義務（法99条3項）
- ・連戻しの着手に関する義務（法99条5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）指定入院医療機関の精神保健指定医

指定入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。

- ・入院を継続させてこの法律による医療を行う必要があるかどうかの判定
(法 87 条 1 項)
- ・行動の制限を行う必要があるかどうかの判定（法 87 条 1 項）
- ・外出・外泊させて経過を見ることが適切かどうかの判定（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）
- ・患者の隔離その他の行動の制限を必要と認める判断（法 92 条 3 項）
- ・入院者の処遇が適当でないと認める場合等に指定入院医療機関の管理者に報告し、当該管理者において処遇改善の措置が採られるよう努める義務（法 94 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体制

指定入院医療機関の病棟に関しては、以下の会議を置くものとする（各会議の具体的内容等については関係機関と調整中）。

医療の質を確保するための会議

新病棟外部評価会議（仮称）

院長主催で年二回程度開催し、精神医学の専門家・法律関係者・自治体関係者の外部委員各一名以上を招聘する。新病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開を行いその評価を受けることで、病棟運営の透明性を確保する。

新病棟運営会議（仮称）

院長主催で一ヶ月に一回は開催する。新病棟の運営状況について報告聴取し、運営方針を決定する。全対象者に共通な治療指針を策定する。各対象者について状態報告と今後の治療方針確認を行う。特に、急性期から回復期、回復期から社会復帰期への移行が検討される対象者について報告聴取し、治療の進展度合いを確認する。

重大事故等緊急事態発生時は緊急時運営会議として臨時開催し、対応方針を決定する。

新病棟倫理会議（仮称）

原則として月二回開催し、必要に応じ臨時開催する。精神医学の専門家の外部委員一名以上を招聘する。

対象者の同意によらない治療行為を開始する必要性に関して、事前の協議により適否を決定するとともに、同意によらない治療を継続している対象者に関して報告聴取し評価を行う。

また、緊急的に行われた、同意によらない治療行為について報告聴取し、事後評価を行う。

麻酔薬など強力な鎮静剤を行った場合について報告聴取し評価を受ける。

新病棟治療評価会議（仮称）

治療の効果を判定するために定期的に対象者の評価を行う。

この会議は、新病棟内の医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士の多職種チームにより構成することを基本とし、必要に応じ、社会復帰調整官が参加する。

また、必要に応じ、対象者本人も参加する。

地域連携を確保するための会議

地域連絡会議

指定入院医療機関の地元関係機関等と円滑な業務関係を支えるために地域連

絡会議を設置し、定期的に（少なくとも1年に1回）、関係機関及び地域住民の関係者が参集し、指定入院医療機関の状況及び本法の施行状況を報告し、話し合う場を設ける。（「5（1）地元自治体との連携」を参照）。

3 . 主な事務の流れ

下記の事務は、あくまで現時点の試案であり、今後、関係機関との間の調整を経て決める必要がある。

(1) 入院 (再入院) 決定から対象者の受入れまで

指定入院医療機関決定の事前調整

裁判所から決定予定日の事前通知を受けた地方厚生局は、指定入院医療機関決定の事前調整のため連絡をする。指定入院医療機関は本病棟の状況等について適切な情報提供を行うこと (別紙様式案) 。

入院先は、できるだけ対象者の地元に近い指定入院医療機関を決定することが原則であり、臨時的に受け入れること等を想定する指定入院医療機関の予備病床の十分な活用も念頭に、地方厚生局からの要請に従い、十分な調整を行うこと。

なお、指定入院医療機関は、本法第 8 9 条第 1 項に基づき、入院決定を受けた者を入院させる義務を有するものでり、指定入院医療機関の管理者は、病床に既に入院又は再入院の決定を受けた者が入院しているため余裕がない場合のほかは、入院又は再入院の決定を受けた者を入院させなければならないこと。

事前調整により対象者の受入れを内定した指定入院医療機関については、入院決定後に鑑定入院医療機関から移送を行う地方厚生局から到着の概ねの日時の連絡があるので、その時間帯に受ける円滑な受入準備を進めること。

この場合、円滑な受入れのため必要がある場合には、対象者の病状等について地方厚生局等に対し情報提供を求めることができること。

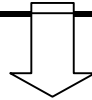
入院 (再入院) 決定と移送

裁判所の入院決定を受けて、地方厚生局が正式に指定入院医療機関を決定した場合には、当該地方厚生局から情報が提供されるので、移送の受入体制の最終確認を行うこと。

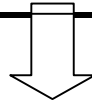
対象者が到着した場合には、対象者の受入れの記録を行うとともに、同行する地方厚生局の職員から必要な資料等を受け取ること。

入院までのフロー

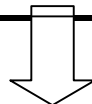
検察官による申立て



鑑定入院(鑑定入院医療機関)



決定予定日の通知(地方裁判所 地方厚生局)

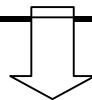


指定入院医療機関の事前調整
(地方厚生局 指定入院医療機関)

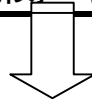


入院決定(地方裁判所)

指定入院医療機関の決定(厚生労働大臣)



移送(地方厚生局)
(鑑定入院医療機関 指定入院医療機関)



対象者の受入れ・関係の資料の受入れ

(2) 入院から退院の申立てまで

入院中の処遇内容

入院当初の治療計画を作成する等、適切な医療を行うため必要があると認めるときは、指定入院医療機関の管理者は、本法第90条1項に基づき、その必要な限度において、裁判所に対し、鑑定の経過及び結果を記載した書面その他の必要な資料を求めることができること。

最規第16条1項に基づき、資料の提供を求める際には、

- ・ 対象者の氏名その他対象者を特定するに足りる事項
- ・ 提供を求める資料を特定するに足りる事項
- ・ 資料の提供を求める理由

を明らかにしなければならない。

入院中の治療内容については、入院処遇ガイドラインに従い行われることを基本とするものであること。

指定入院医療機関の管理者は、本法第92条第1項に基づき、入院している者につき医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができること。

ただし、信書の発受の制限、弁護士及び行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であって、厚生労働大臣が定める行動の制限については、これを行うことができないこと（法92条2項）。

本法第92条第1項の行動の制限のうち、厚生労働大臣が定める患者の隔離その他の行動の制限は、当該指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が必要と認める場合でなければ行うことができないこと（法92条3項）。

また、厚生労働大臣は、本法に基づく決定により指定入院医療機関に入院している者の処遇について必要な基準を定めることができること（法93条1項）。

これらの事項については、今後厚生労働省において検討し社会保障審議会に諮問して定める予定である。

1 参考 一般の精神病院に入院している者の処遇に関する定め

- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限（昭和63年厚生省告示第128号）
- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第36条第3項の規定に基づき厚生労働

大臣が定める行動の制限（昭和63年厚生省告示第129号）

- ・ 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（昭和63年厚生省告示第130号）

入院処遇ガイドラインに基づき、外出（病棟敷地内の散歩を除く。）は回復期より、外泊は社会復帰期より開始されるが、外出、外泊の実施のときには指定入院医療機関の職員が同行すること。

また、外出、外泊の際には、保護観察所への事前連絡等、十分な体制を確保するとともに、無断退去等の場合には、本法第99条に基づき、連戻し、警察官への援助の求め、連戻状の請求等の措置を速やかにとること。

入院継続の確認の申立て（6か月ごと）

本法第49条第2項に基づき、指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、入院を継続させて本法による医療を行う必要があると認める場合は、指定入院医療機関の管理者は、保護観察所の長の意見を付して、入院の決定（複数あるときは、その最後のもの。）があった日から起算して6か月が経過する日までに、地方裁判所に対し、入院継続の確認の申立てを行うことが必要であること。

従って、入院処遇ガイドラインに定める概ね18か月での退院を標準とした場合には、入退院に係る評価を実施した上で、2回の入院継続の確認の申立てを行うこととなること。

本法上は、6か月の期間を計算する場合に、次のような期間については、期間の進行は停止するものとされている（法49条2項）。

なお、次のような期間があることを十分留意し、終了した時点で状態を確認し申立てを行うこと。

- ・ その者が指定入院医療機関から無断で退去した日（外出又は外泊している者が医学的管理の下から無断で離れた場合、その日を含む。）の翌日から連れ戻される日の前日までの間
- ・ 刑事事件又は少年の保護事件に関する法令の規定により、その身体を拘束された日の翌日からその拘束を解かれる日の前日までの間
- ・ 対象者が、精神障害の医療以外の医療を受けるために他の医療施設に入院し、医療観察法による医療を受けない場合における精神障害の医療を行わない間

入院継続の確認の申立ては以下の事項を記載した書面で行う（最規71条）。

ア 対象者の氏名、年齢、職業、住居及び本籍

イ 対象者に対する他の処遇事件があるときは、その旨及び当該他の処遇事件が係属する裁判所

- ウ 保護者の氏名及び住居（保護者が判明しない場合は、後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者の氏名及び住居）
- エ 対象者について入院決定があった日及びその決定をした地方裁判所
- オ 対象者について、それまでに入院継続の確認の決定があるときは、その決定（これが複数あるときは、その最後のもの）があった日及び当該決定をした地方裁判所
- カ 入院継続の確認の申立ての期間の進行が停止した事実があるときは、その旨
- キ 申立ての趣旨及び理由
その他、裁判所の審判に必要と認められる資料の提出

詳細については、法務省及び関係機関と協議中である。

退院の許可の申立て（管理者）

本法第49条第1項に基づき、指定入院医療機関の管理者は、当該医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、裁判所の決定により入院している者について、病状、治療状況等を考慮し、入院を継続させて本法による医療を行う必要があると認め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行うこと。

従って、対象者の症状等により、入院処遇ガイドラインに定める標準的な入院期間より早期に退院できる場合には、この申立てを速やかに行うこと。

退院の許可の申立ては以下の事項を記載した書面で行う（最規71条）

- ア 対象者の氏名、年齢、職業、住居及び本籍
- イ 対象者に対する他の処遇事件があるときは、その旨及び当該他の処遇事件が係属する裁判所
- ウ 保護者の氏名及び住居（保護者が判明しない場合は、後見人又は保佐人、配偶者、親権を行う者及び扶養義務者の氏名及び住居）
- エ 対象者について入院決定があった日及びその決定をした地方裁判所
- オ 対象者について、それまでに入院継続の確認の決定があるときは、その決定（これが複数あるときは、その最後のもの）があった日及び当該決定をした地方裁判所
- カ 入院継続の確認の申立ての期間の進行が停止した事実があるときは、その旨
- キ 申立ての趣旨及び理由
その他、裁判所の審判に必要と認められる資料の提出

詳細については、法務省及び関係機関と協議中である。

退院の許可又は入院継続の確認の申立て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。

意見の陳述及び資料の提出(法25条1項)

指定入院医療機関の管理者は、退院の許可又は入院継続の確認の申立てをした場合は、意見を述べ、必要な資料を提出しなければならない。

審判期日における出席(法31条5項)

裁判所は、指定入院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。

処遇事件の記録又は証拠物の閲覧(法32条2項)

指定入院医療機関の管理者又はその指定する医師は、対象者の処遇に関する申立てがあった後、当該申立てに対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができる。

抗告、抗告の取下げ、再抗告等(法64条1項、法65条、法70条1項)

指定入院医療機関の管理者は、退院の許可の申立てによる審判の決定に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実の誤認又は処分の著しい不当を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取り下げることができる。

指定入院医療機関の管理者は、憲法違反・憲法解釈の誤り・判例との相反を理由とする場合に限り、抗告裁判所による棄却・取消しの決定に対し、2週間以内に、最高裁判所に特に抗告をすることができる。(再抗告)

なお、抗告・再抗告は、執行を停止する効力を有しないが、原裁判所又は抗告裁判所の決定により執行を停止することができる。(法69条、70条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。

< 最高裁規則上の権利義務関係 >

事実の取調べの申出（最規 24 条）

審判において、指定入院医機関の管理者は、裁判所又は裁判官に対し、証人尋問、鑑定、検証など事実の取調べの申出をすることができる。

審判の準備に係る裁判所との打合せ及び協力（最規 40 条）

裁判所は、適当と認めるときは、指定入院医療機関の管理者又はその指定する医師及び付添人を出頭させた上、審判の進行に関し必要な事項について打合せを行うことができる。

また、裁判所から、審判の進行に関し必要な事項について、指定入院医療機関の管理者に問合せをすることができる。打合せの求めや問合せがあった場合は、適切に協力する。

入院中の対象者等による退院の許可等の申立てを行った事実の通知（最規 74 条）

法 50 条に基づき入院中の対象者、その保護者又は付添人が、退院の許可又はこの法律による、医療の終了の申立てがあったときは、これを受けた地方裁判所の裁判官は、速やかに、その旨を指定入院医療機関の管理者に通知しなければならない。

抗告、再抗告申立ての方式（最規 89 条、99 条）

抗告（再抗告）をするには、抗告申立書（再抗告申立書）を原裁判所に提出しなければならない。抗告申立書（再抗告申立書）には、抗告（再抗告）の趣意を簡潔に明示しなければならない。

入院している対象者の抗告申立て、抗告の取下げ（最規 90 条、94 条）

入院している対象者は、指定入院医療機関の管理者又はその代理者を經由して抗告申立書を提出することができ、提出された場合は、これを受領しなければならない。受領した指定入院医療機関の管理者又はその代理者は、速やかに、原裁判所に対し、当該抗告申立書を提出し、かつ、これを受領した年月日を通知しなければならない。

また、取下げについても同様である。

抗告、再抗告の通知（最規 93 条、99 条）

対象者等から退院の許可又は入院の継続の確認の審判に関する抗告申立書（再抗告申立書）を受けとった裁判所は、指定入院医療機関の管理者に対し、抗告（再抗告）があった旨を通知する。

抗告の取下げの方式（最規 94 条、102 条）

抗告の取下げは、書面を抗告裁判所に提出しなければならない。

抗告審、再抗告審で入院決定が取り消された場合等における裁判所からの通知（最規 96 条、100 条）

抗告審や再抗告審における裁判等により、入院中の対象者を退院させる必要が生じたり、いったん入院決定により入院させられた後にその執行が停止されている対象者を再び入院させる必要が生じたりする場合には、そのような裁判等があった旨が裁判所から指定入院医療機関の管理者に対し通知される。

指定入院医療機関の管理者は、この通知を受けた場合には、その内容に従い、必要な措置をとる。

入院中の対象者等による退院の許可等の申立てが取り下げられた事実の通知
（最規 102 条 2 項）

法 50 条に基づき入院中の対象者、その保護者又は付添人が、退院の許可又はこの法律による医療の終了の申立てを行ったが、これが取り下げられた場合には、裁判所は、速やかに、その旨を指定入院医療機関の管理者に対し通知しなければならない。

（3）退院

退院手続

地方厚生局は、裁判所から決定予定日の事前通知を受けた場合は、指定入院医療機関にその旨連絡する。同連絡を受けた指定入院医療機関においては速やかに当日に向けて、退院準備を進める。

ただし、決定予定日の事前通知があった場合であっても、退院許可決定がなされない可能性はある。

地方厚生局は、裁判所から決定予定日の事前通知を受けた場合は、保護観察所にその旨連絡をする。保護観察所は、関係機関と連携し、家族等による出迎え、緊急時における医療の対応等の調整を行い、対象者が退院地へ円滑に移動するための方策を講ずる。

ただし、決定予定日の事前通知があった場合でも、退院許可決定がなされない可能性はある。

退院決定がなされた場合には、裁判所より地方厚生局にその旨の通知がなされ、地方厚生局は、指定入院医療機関に、その旨の連絡を行う。

この連絡を受けて、指定入院医療機関は退院手続を行う。

裁判所で決定書の謄本を受領した社会復帰調整官は、当日、指定入院医療機関において、対象者に対し同決定書の謄本を交付する。これにより対象者は退院する。

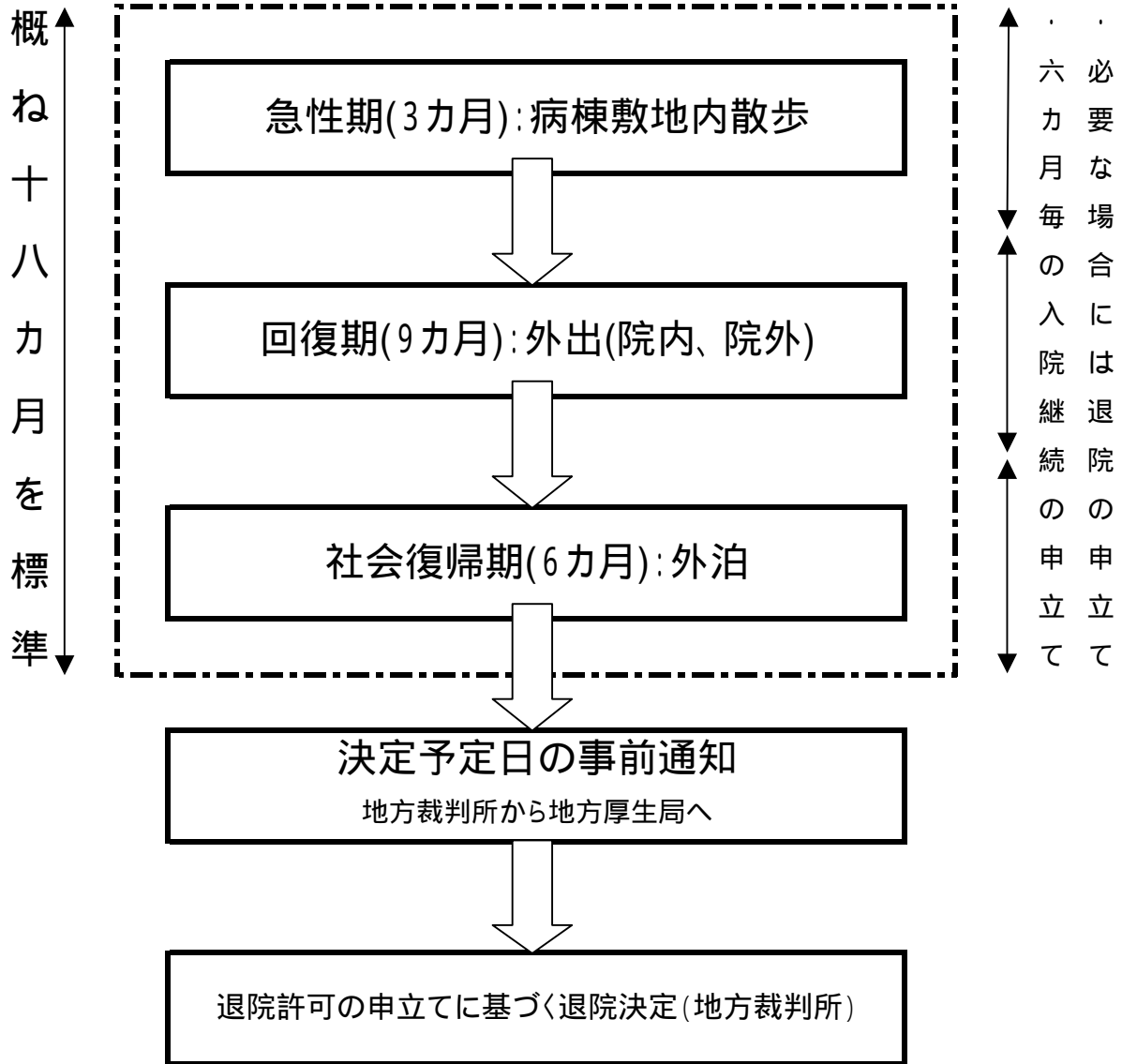
指定通院医療機関との情報共有

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。

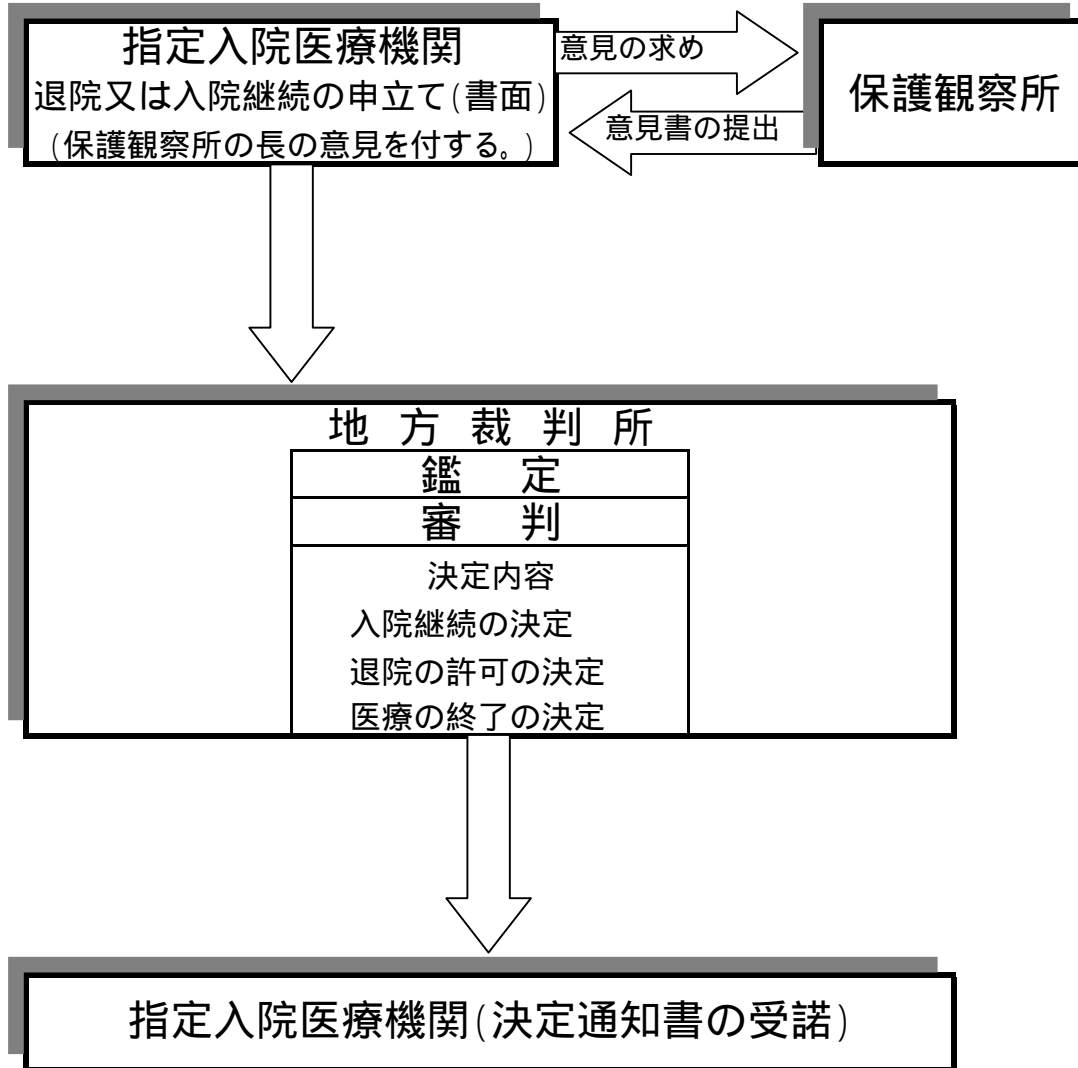
必要な情報の内容については今後整理。

入院から退院までのフロー



- 1 対象者による退院の申立て(法第50条)や処遇改善請求は、随時行うことが可能(法第95条)
- 2 社会復帰促進の観点から、退院後の生活拠点の近くに転院することもある。

退院又は入院継続の申立てのフロー図



(4) その他の主な事務

他の指定入院医療機関への転院

この転院は、法律上、厚生労働大臣による指定入院医療機関の変更であり、保護観察所との意見調整を経た指定入院医療機関の発意により、地方厚生局が転院前・後の指定入院医療機関の最終調整を行い、さらに、本省及び転院先の地方厚生局との調整の結果、行われるものであること。

この転院は、次の要件を満たすと認められる場合に、行われるものであり、病院運営上の理由による転院は認められないこと。

- ・ 外出・外泊を実施するために、特に必要がある(生活環境が整っているため、入院中の外出・外泊が容易。退院後も入院・通院医療機関が連携し、円滑に移行できる等)こと。
- ・ 転院により医療の実施に支障を生じないこと。

この転院の実施は、法第81条第2項第6号に基づく医療として、転院前の指定入院医療機関が移送を実施するものであり、指定入院医療機関の職員が入院者の移動に同行するものであること。

この場合において、地方厚生局は、必要に応じて、移送業者の情報を指定入院医療機関に情報提供する等の便宜を提供する。

転院が実施された場合には、指定入院医療機関は、転院実施の記録を作成するとともに、対象者の必要な記録を受け渡し、入院してからの時間管理(6か月ごとの入院継続等の申立て)を引き継ぐ。

日程どおりに転院が実施できなかった場合及び不測の事態があった場合には、転院に同行する指定入院医療機関の職員は、地方厚生局に連絡し、今後の対応について協議する。

転院完了報告書を地方厚生局に提出する。

合併症治療の際の他医療機関への一時的転院

この転院の実施は、対象者の医療上の必要性に基づき、指定入院医療機関の管理者の責任により実施されるものである。

この転院が実施された場合には、指定入院医療機関は、地方厚生局に対しその旨を連絡する。なお、転院が終了した場合も同様とする。

詳細については検討の上、今後記載

この転院が円滑に行われるよう、指定入院医療機関は、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こと。

対象者等による退院の許可の申立て

法第50条に基づき、本法による審判の決定により入院している者、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、退院の許可又はこの法律による医療の終了の申立てをすることができる。

付添人は、本法に基づく審判において、対象者の正当な権利を擁護し、適正な審判や処遇決定のために他の関係者とともに審判に協力することを役割としており、対象者や保護者が弁護士の中から選任することができることとされている。裁判所は、必要があると認めるときには、職権で付添人を付することができる。（法30条）

この申立てがあった場合には、これを受けた裁判所から、指定入院医療機関の管理者にその旨の通知がされ、対象者等から退院の許可又は入院継続の確認の審判に関する抗告申立書（再抗告申立書）がなされた場合も同様である。

裁判所は、対象者等より上記の申立てがあった場合には、指定入院医療機関の管理者の意見を基礎としつつ、退院許可等の決定をしなければならないこととされていることから（法51条1項）、裁判所の求めに応じて対象者の病状等に関する意見を述べるなど必要な協力を行う。

この申立てに基づき、退院決定があった場合には、原則として「(3)退院」と同様の手続となる。

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 >

- ・ 処遇事件の記録又は証拠物の閲覧（法32条2項）

付添人は、対象者の処遇に関する申立てがあった後当該申立てに対する決定が確定するまでの間、処遇事件の記録又は証拠物を閲覧することができる。

- ・ 抗告、抗告の取下げ、再抗告等（法64条2項、法65条、法70条1項）

対象者等は、本法による医療を行うことに関する審判の決定に対し、決定に影響を及ぼす法令の違反、重大な事実誤認又は処分の著しい不当を理由とする場合に限り、2週間以内に、抗告をすることができる。抗告は、抗告審の終局決定があるまで、取り下げることができる。

対象者等は、憲法違反・憲法解釈誤り・判例との相反を理由とする場合に限り、抗告裁判所による棄却・取消しの決定に対し、2週間以内に、最高裁判所に特に抗告をすることができる。（再抗告。ただし、付添人は、選任者

である保護者の明示した意思に反して、抗告をすることができない。)

なお、抗告・再抗告は、執行を停止する効力を有しないが、原裁判所又は抗告裁判所の決定により執行を停止することができる。

(法69条、70条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。

< 最高裁規則上の権利義務関係 >

抗告、再抗告申立ての方式(最規89条、99条)

抗告(再抗告)をするには抗告申立書(再抗告申立書)を、原裁判所に提出しなければならない。抗告申立書(再抗告申立書)には、抗告(再抗告)の趣意を簡潔に明示しなければならない。

入院している対象者の抗告申立て等(最規90条、99条)

本法による裁判所の決定により入院している対象者は、指定入院医療機関の管理者又はその代理者を經由して抗告申立書(再抗告申立書)を提出することができる。

この場合において、抗告(再抗告)の提起期間内に抗告申立書(再抗告申立書)を指定入院医療機関の管理者又はその代理者に提出したときは、抗告(再抗告)の提起期間内に抗告(再抗告)をしたものとみなされる。

指定入院医療機関の管理者又はその代理者は、前項に規定する者から抗告申立書(再抗告申立書)が提出されたときは、これを受領しなければならない。

抗告申立書(再抗告申立書)を受領した指定入院医療機関の管理者又はその代理者は、速やかに、原裁判所に対し、当該抗告申立書(再抗告申立書)を送付し、かつ、これを受領した年月日を通知しなければならない。

入院している対象者の抗告の取下げ(最規94条)

入院している対象者は、指定入院医療機関の管理者又はその代理者を經由して抗告の取下げに関する書面を提出することができ、提出した場合は、指定入院医療機関の管理者又はその代理者はこれを受領しなければならない。

抗告、再抗告の通知(最規93条、99条)

対象者等から退院の許可又は入院継続の確認の審判に関する抗告申立書(再抗告申立書)を受け取った裁判所は、指定入院医療機関の管理者に対し、抗告(再抗告)があった旨を通知する。

処遇改善請求

法第95条に基づき、指定入院医療機関に入院している者又はその保護者は、

厚生労働大臣に対して、地方厚生局を経由して、処遇改善の請求（厚生労働大臣に対し、指定入院医療機関の管理者に対して入院している者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命令することを求めること）を行うことができる。

処遇改善請求の手続については、今後厚生労働省において検討し、省令により定めることとしている。

一般の精神病院に入院している者の処遇改善請求（精神保健福祉法第38条の4）においては、次に掲げる事項を申し立てることにより行うものとされている。（精神保健及び精神障害者福祉に関する法律施行規則（昭和25年厚生省令第31号）第22条）。

患者の住所、氏名及び生年月日

請求人が患者本人でない場合にあっては、その者の住所、氏名及び患者との続柄
患者が入院している精神病院の名称

請求の趣旨及び理由

請求年月日

厚生労働大臣は、処遇改善の請求を受けたときは、その請求の内容を社会保障審議会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。この審査を求められた社会保障審議会は、その入院中の者について、処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を厚生労働大臣に通知しなければならない。

この審査の過程で、社会保障審議会は、その指定入院医療機関の管理者の意見を聴かななければならない（社会保障審議会が意見を聴く必要がないと特に認めるときは、この限りでない。）こととされているため、指定入院医療機関の管理者は、社会保障審議会の聴取に応じて、意見を述べる。

このほか、社会保障審議会は、審査に当たって必要があると認めるときは、その審査に係る入院中の者の同意を得て、次のような措置を講ずることができ、指定入院医療機関の管理者は、これが円滑に進むように努める。

- ・ 社会保障審議会が指名する精神保健指定医に診察させる
- ・ 指定入院医療機関の管理者その他関係者に対して報告を求める
- ・ 診療録その他の帳簿書類の提出を命じる
- ・ 出頭を命じて審問する

厚生労働大臣は、通知された社会保障審議会の審査の結果に基づき、必要があると認めるときは、当該指定入院医療機関の管理者に対し、その者の処遇改

善のための措置を採ることを命じなければならない。この命令を受けた場合には、速やかに必要な措置を講じること。

競合する処分の調整（法76条）

裁判所は、入院又は通院による医療を実施する決定を受けた者について、以下の場合は、指定入院医療機関の管理者等の申立てにより、この法律による医療を終了する旨の決定をすることができる。

- ・ その審判の対象となった他害行為以外の行為について有罪の裁判（懲役・禁固で、執行猶予が付されず、刑期があるもの）が確定し、その刑の執行が開始され、相当と認めるときその他のこの法律による医療を行う必要がないと認めるに至ったとき

また、裁判所は、対象者について、2以上の入院又は通院の決定があった場合において、相当と認めるときは、指定入院医療機関の管理者等の申立てにより、いずれかの決定を取り消すことができる。

詳細については、法務省及び関係機関と協議中である。

心神喪失者等医療観察法における処遇改善請求の流れ(案)

社会保障審議会(部会)

厚生労働省
(本省) (厚生局)

指定医

入院者・保護者

病院管理者

請求

・確認
・補正

請求

事前手続

審査を要求	関係者へ通知 事前資料準備
-------	------------------

病院管理者への
書類提出命令

帳簿書類の
提出命令

帳簿書類
の提出

手 続

申立者等の意見聴取・診察

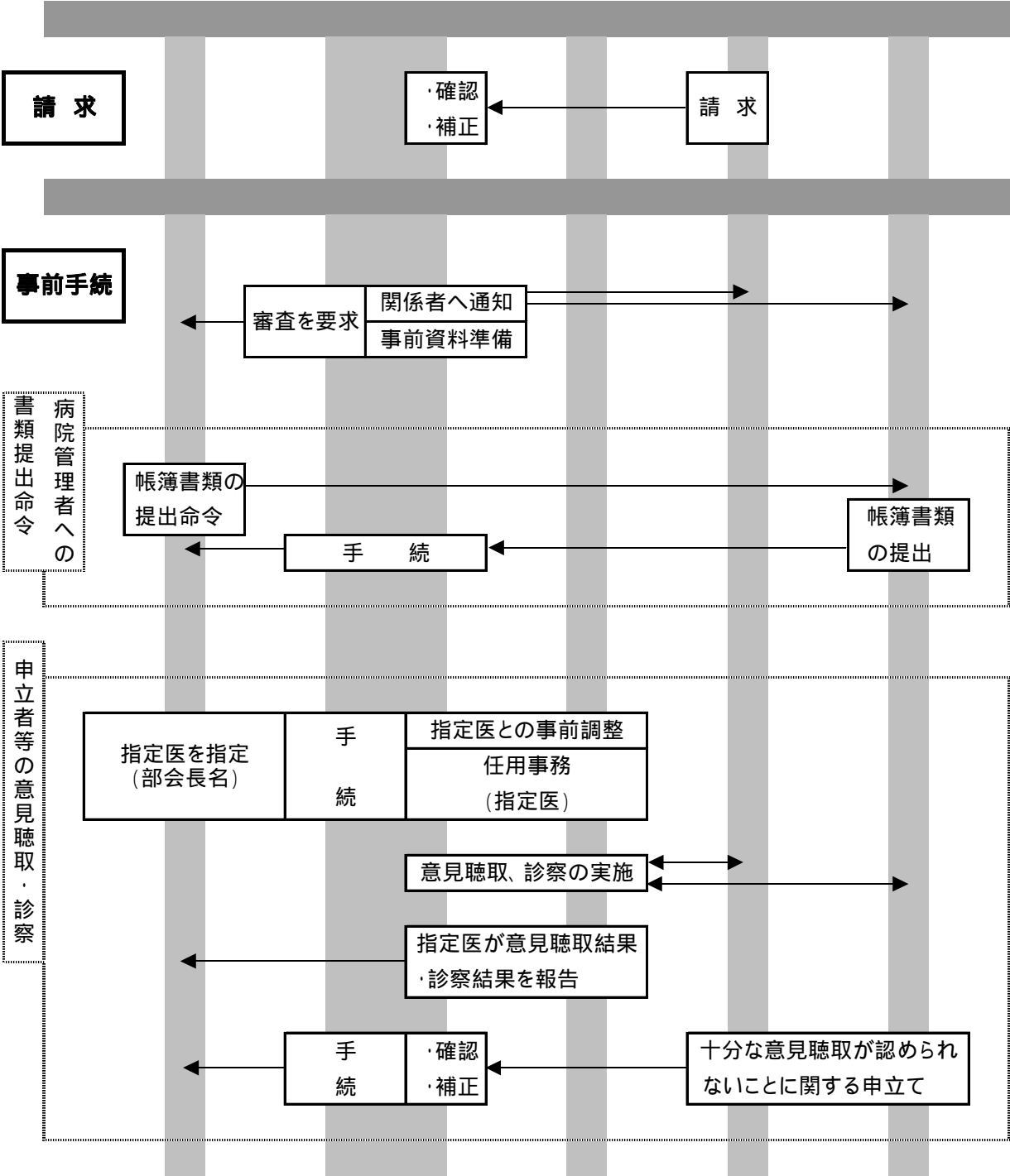
指定医を指定 (部会長名)	手 続	指定医との事前調整 任用事務 (指定医)
------------------	--------	----------------------------

意見聴取、診察の実施

指定医が意見聴取結果
・診察結果を報告

手 続
・確認
・補正

十分な意見聴取が認められ
ないことに関する申立て



社会保障審議会(部会)

厚生労働省
(本省) (厚生局)

指定医

入院者・保護者

病院管理者

審査

病院管理者に対する手続

【必要がある場合】

厚生労働大臣に対する報告徴収等の要請

手続

報告

審議会が直接実施

- ・報告の求め
- ・帳簿書類の提出命令
- ・審問、意見聴取

- ・報告
- ・帳簿書類提出
- ・審問・意見聴取

申立者等に対する手続

【必要がある場合】

審議会が直接意見聴取

審査終了

結果通知

病院管理者が採った措置を確認
結果を報告

4 . 入院中の対象者に関する留意事項等

(1) 回復期及び社会復帰期における自己管理

個室の管理

回復期及び社会復帰期においては、プライバシーの保護と自己管理の能力を高めるため、対象者が各室の鍵を保持することを基本とする。なお、急性期においては、精神的不安定により、鍵を適切に管理できないおそれがあるため、原則として、医療機関が鍵を管理する。

また、私物についても、自己管理の能力を高めるため、回復期及び社会復帰期においては、個室において対象者自身が管理するようにすることが望ましい。

金銭の管理、買い物等

回復期及び社会復帰期においては、自己管理の能力を高めるため、対象者が金銭を管理することを基本とする。なお、急性期の対象者については、金銭を適切に管理できないおそれがあるため、保護者等の同意を得て、原則として医療機関が、預り金として管理する。

また、回復期及び社会復帰期においては、医療プログラムの一環として、対象者の生活能力を向上させるため、外出・外泊の際に買い物等を行わせ、日常生活上の技術を獲得させていくよう努める。

(2) 実費徴収・預り金

理髪代、クリーニング代、おむつ代等日常生活上必要なサービスに係る費用については、実費を徴収することができる。(実費徴収の取扱いについては、「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」(平成12年11月10日保険発第186号)に準ずる。)

将来的に発生することが予想される債権(実費徴収等)を適正に管理する観点から、医療機関が金銭を管理する預り金については、患者側(急性期の場合には保護者等)への十分な情報提供と同意の下、内容、金額、精算方法等の明示など、指定入院医療機関は適正な手続を確保する。

預り金は、原則として個人毎に口座を設けて管理し、収支状況についても個人毎に整理、把握され、対象者本人、保護者等から要請があった場合には、速やかに提示できる状態にしておく。

預り金の管理に係る費用については、必要最低限度の実費として積算した経

費に限り、徴収することができる。この場合において、原則として、預り金に関する契約を締結し、約定書を保存する。

(3) 面会

社会復帰調整官が生活環境の調整の一環として行う面会等、地域処遇実施の関係者との面会等については、円滑な社会復帰を促進する観点から、治療に影響のない範囲において、必要な便宜の供与を行う。

家族等の面会については、医師が治療に影響を与えないと判断する範囲内において実施する。

(4) 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)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。この場合にあつては、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。

(5) 入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、定期的な入院処遇ガイドラインの見直しに反映させるため、指定入院医療機関は、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、必要な情報を提供するほか、入院処遇の改善に向けた取組へ参画する。

(6) 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、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つた者が、この法律の規定に基づく指定医療機関の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは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
- 指定入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対する資料を適切に管理すること。

(7) その他

指定入院医療機関の管理者は、裁判所から当該指定入院医療機関で審判期日を開催したい旨の要望があった時は、これに協力すること。

対象者が裁判所から送付される書類（特に特別送達の方法により送付される書類）を円滑に受領し得るよう配慮すること。

5 . 地域連携体制の確保

(1) 通常時における地元自治体、関係機関等との連携

地元自治体との連携

地元関係機関等と円滑な業務関係を支えるための地域連絡会議を設置し、定期的に（少なくとも1年に1回）、関係機関及び地域住民の関係者が参集し、指定入院医療機関の状況及び本法の施行状況を報告し、話し合う場を設けること。こうした場も活用しつつ、入院者が無断退去した場合等の緊急時においても、迅速にかつ円滑な協力が得られるような体制について検討したり、周辺住民等の意見等を聴く恒常的な窓口を設置する等、日頃から連携を密にすること。

本法に基づき指定入院医療機関において行う医療に対する地域住民の理解を得るため、必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院者の数、年齢構成、病名に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院者の個人情報については、特に慎重に取り扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。

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。

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

入院中の医療に関する事項

- ・ 地方厚生局

外出・外泊

- ・ 保護観察所

- ・ 地元自治体

退院の許可又は入院継続の確認の申立て

- ・ 保護観察所

- ・ 地方厚生局

- ・ 地方裁判所

転院

- ・ 保護観察所

- ・ 地方厚生局

精神障害以外の医療のために他の医療施設に入院する場合の連絡

- ・ 地方厚生局

処遇改善請求に関する事項

- ・ 地方厚生局
- その他の業務
- ・ 地方厚生局
- ・ 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
- ・ 指定通院医療機関
- ・ 精神障害者社会復帰施設
- ・ 社会保険診療報酬支払基金等

(2) 緊急時における対応体制の確保

基本的事項

重大事故発生時、無断退去発生時等の緊急時においては、速やかに新病棟運営会議等において、対応方針を定める。必要に応じて、通常のメンバーに加えて、地元関係機関(警察、自治体等)の参加を求め、機動的な対応を行うこと。

少なくとも、次のような事態に対処するため、指定入院医療機関単位でマニュアルを作成し、各地方厚生局に提出すること。

- ・ 重大事故発生時、無断退去発生時(緊急連絡網、各職員の応援体制等)
- ・ 火災発生時(避難する閉鎖病棟先、誘導方策、各職員の応援体制、緊急連絡網等)

重大事故発生時、無断退去発生時等が発生した場合には、マニュアルに従い、関係機関(地方厚生局、警察署、地元自治体、保護観察所等)に速やかに連絡を行わなければならない。

無断退去時における職務・義務

連戻し(法99条1項)

指定入院医療機関に入院している対象者が無断で退去した場合(外出又は外泊している者が医学的管理の下から無断で離れた場合を含む。以下同じ。)には、当該指定入院医療機関の職員は、対象者を連れ戻すことができる。

警察官に対する援助の要請、警察署長への連絡(法99条2項、3項)

対象者が無断退去した場合において、指定入院医療機関の職員による連戻し

が困難であるときは、指定入院医療機関の管理者は、警察官に対し、連戻しについて必要な援助を求めることができる。無断で退去した者の行方が不明になったときは、当該指定入院医療機関の管理者は、所轄の警察署長に対し、次の事項を通知してその所在の調査を求めなければならない。

- ・退去者の住所、氏名、性別及び生年月日
- ・退去の年月日及び時刻
- ・症状の概要
- ・退去者を発見するために参考となるべき人相、服装その他の事項
- ・入院年月日
- ・退去者が行った対象行為の内容
- ・保護者又はこれに準ずる者の住居及び氏名

警察官が対象者を発見したときの対応（法 99 条 4 項）

警察官は、この調査を求められた者を発見したときは、直ちに、その旨を当該指定入院医療機関の管理者に通知しなければならない。この場合において、警察官は、当該指定入院医療機関の管理者がその者を引き取るまでの間、24 時間を限り、その者を、警察署、病院、救護施設その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

連戻状が必要な場合（法 99 条 5 項、6 項）

対象者が無断で退去した時（外出又は外泊している者が医学的管理の下から無断で離れた場合においては、無断で離れた時）から 48 時間を経過した後は、指定入院医療機関の職員が連戻しに着手するためには、裁判官のあらかじめ発する連戻状によらなければ連戻しに着手することができない（この連戻状は、指定入院医療機関の管理者の請求により、その所在地を管轄する地方裁判所の裁判官が発するもの。）。

連戻状の請求は書面でしなければならない（最規 104 条）。

- ・退去者の氏名、年齢及び住居又は現在地（住居及び現在地が明らかでないときは、その旨）
- ・連れ戻すべき事由
- ・連れ戻すべき指定入院医療機関の名称及び所在地
- ・請求者の氏名
- ・30 日を越える有効期間を必要とするときは、その旨及びその理由
- ・連戻状を数通必要とするときは、その旨及び理由
- ・同一事由により退去者に対し前に連戻状の請求又はその発付があったときは、その旨

連戻状の執行（法 99 条 7 項、法 28 条 4 項～6 項）

連戻状を執行するには、これを対象者に示した上、できる限り速やかに、かつ、直接、指定入院医療機関に引致しなければならない。ただし、やむを得ない事由があるときは、病院、救護施設、警察署その他の精神障害者を保護するのに適当な場所に、保護することができる。

なお、連戻状を執行する場合には、必要な限度において、人の住居又は人の看守する邸宅、建造物若しくは船舶内に入ることができる。

例外として、連戻状を所持しないためこれを示すことができない場合において、急を要するときは、当該対象者に対し連戻状が発せられている旨を告げて、その執行をすることができる。ただし、連戻状はできる限り速やかに示さなければならない。

詳細については、法務省及び関係機関と協議中である。

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、指定入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97条第1項に基づき、年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し、必要がある場合には、本法第98条に基づき改善命令を発する。

なお、具体的な実施要領は、別途定める手続要綱によるものとする。

監査等の実施（法97条1項）

厚生労働大臣は、必要があると認めるときは、指定入院医療機関の管理者に対し、入院している者の症状若しくは処遇に関し、報告を求め、若しくは診療録その他の帳簿類の提出若しくは提示を命じ、当該職員若しくはその指定する精神保健指定医に、指定入院医療機関に立ち入り、これらの事項に関し、診療録その他の帳簿書類を検査させ、若しくは、その他の関係者に質問させ、又はその指定する精神保健指定医に指定入院医療機関に立ち入り、当該指定医療機関に入院している者を診察することができる。

改善命令（法98条）

厚生労働大臣は、入院している者の処遇が、行動制限等の規定に反しているとき、厚生労働大臣が定めた基準に適合しないと認めるとき、その他、処遇が著しく適当でないと認めるときは、当該指定入院医療機関の管理者に対し、措置を講ずべき事項及び期限を示して、処遇を確保するための改善計画の提出を求め、若しくは提出された改善計画書の変更を命じ、又はその処遇の改善のために必要な措置を採ることを命ずることができる。

(2) 診療報酬請求事務手続

手続の内容が決まってから記述（別途手続要綱を作成する。）

(別紙様式案)

指定入院医療機関病床利用情報

[各指定入院医療機関の毎月初日現在]

ブロック名	指定入院医療機関名	病床数	空床の状況					空床病床が利用できない特別な理由	治療分類別入院患者数											
			急性期	回復期	社会復帰期	共用	合計		急性期			回復期			社会復帰期			合計		
									男	女	計	男	女	計	男	女	計	男	女	計
北海道・東北	病院	33	2	3	0	0	5		5	1	6	8	2	10	10	2	12	23	5	28
								0												
	(小計)	33	2	3	0	0	5		5	1	6	8	2	10	10	2	12	23	5	28
関東甲信越								0												
								0												
	(小計)	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
東海・北陸								0												
								0												
	(小計)	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
近畿								0												
								0												
	(小計)	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
中国・四国								0												
								0												
	(小計)	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
九州								0												
								0												
	(小計)	0	0	0	0	0	0		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
全国	(合計)	33	2	3	0	0	5		5	1	6	8	2	10	10	2	12	23	5	28

(3) 入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入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。

入院処遇ガイドライン（案）

目次

総論

- 1 医療観察法における入院処遇の位置づけと目標・理念
 - 1) 入院処遇の位置づけ
 - 2) 入院処遇の目標・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の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 新病棟の役割と運営方針
 - 1) 新病棟の役割
 - 2) 新病棟の運営方針
- 別添：入院から退院までの治療の流れ

入院処遇の留意事項

- 1 医療の質を確保する組織形態
- 別添：新病棟における各種会議の位置づけ（案）
- 2 治療方針の決定
 - 3 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) 精神疾患に係る薬物療法
 - 3) 外出・外泊の実施
 - 4 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
 - 5 その他
 - 1) 医療情報の取り扱い
 - 2) 通院処遇との連携確保

指定入院医療機関におけるステージ分類と治療内容

- 1 急性期
- 2 回復期
- 3 社会復帰期

薬剤師業務の概要

入院中の評価の留意事項

- 1 入院時の初期基本評価
- 2 各期の到達目標
 - 1) 急性期の到達目標
 - 2) 回復期の到達目標
 - 3) 社会復帰期の到達目標
- 3 裁判申立て時の評価項目
 - 1) 退院の許可の申立て時
 - 2) 入院継続の申立て時

その他の留意事項

1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応

別添：治療行為に係る説明と同意に関するフローチャート

2 行動制限

1) 隔離

2) 身体的拘束

3 個別医療行為の留意事項

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

別添：急性期クリティカルパス（イメージ）

別添：回復期クリティカルパス（イメージ）

別添：社会復帰期クリティカルパス（イメージ）

別添：新病棟 対象者別一週間の治療プログラムのイメージ

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入院処遇の位置づけと目標・理念

1) 入院処遇の位置づけ

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」とされており、本ガイドラインの定める入院処遇は、地域処遇ガイドライン等に定める社会復帰に向けた取り組みにつながる、医療の第一段階として位置づけられる。

2) 入院処遇の目標・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、入院前や入院後の観察・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。

懲罰的な医療と誤解を受けないよう、適切な治療法を選択する。

地元自治体等の要請に対して、必要な情報提供を行う。

2 新病棟の役割と運営方針

1) 新病棟の役割

新病棟は、指定入院医療機関の一病棟として位置づけられ、医療観察法による対象者の入院医療を担う。

2) 新病棟の運営方針

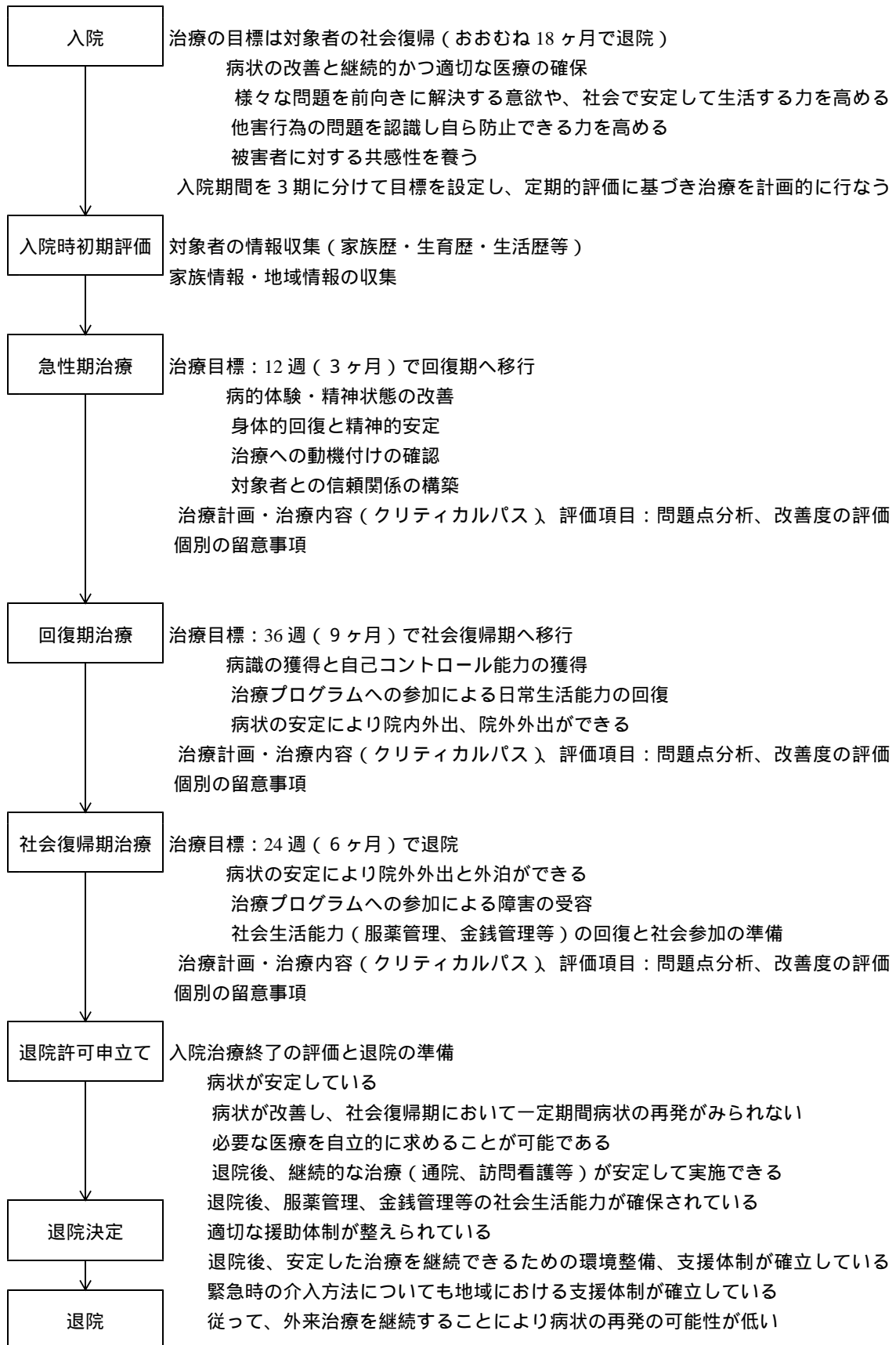
入院期間を「急性期」、「回復期」、「社会復帰期」の3期に分けて目標を設定し、おおむね18ヶ月での退院を目指す。

対象者の各期別評価に当たっては多職種チームによる新病棟治療評価会議により対象者の評価を行い、各回の新病棟運営会議で報告聴取を行う。急性期から回復期、回復期から社会復帰期への移行については、指定入院医療機関の管理者がその決定を行うものとする。

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治療評価会議も実施）。

こうした医療で得られる社会復帰のノウハウを一般精神医療に生かし、地域の医療水準の向上に資する。

入院から退院までの治療の流れ



入院処遇の留意事項

1 医療の質を確保する組織形態

指定入院医療機関の新病棟に関しては、以下の会議をおくものとする。

新病棟外部評価会議（仮称）

院長主催で年二回程度開催し、精神医学の専門家・法律関係者・自治体関係者の外部委員各一名以上を招聘する。新病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開を行いその評価を受けることで、病棟運営の透明性を確保する。

新病棟運営会議（仮称）

院長主催で一ヶ月に一回開催する。新病棟の運営状況について報告聴取し、運営方針を決定する。全対象者に共通な治療指針を策定する。各対象者について状態報告と今後の治療方針確認を行う。特に、急性期から回復期、回復期から社会復帰期への移行が検討される対象者について報告聴取し、治療の進展度合を確認する。

重大事故等緊急事態発生時は緊急時運営会議として臨時開催し、対応方針を決定する。

新病棟倫理会議（仮称）

原則として月二回開催し、必要に応じ臨時開催する。精神医学の専門家の外部委員一名以上を招聘する。

対象者の同意によらない治療行為を開始する必要性に関して、事前の協議により適否を決定するとともに、同意によらない治療を継続している対象者に関して報告聴取し評価を行う。

また、緊急的に行われた、同意によらない治療行為について報告聴取し、事後評価を行う。

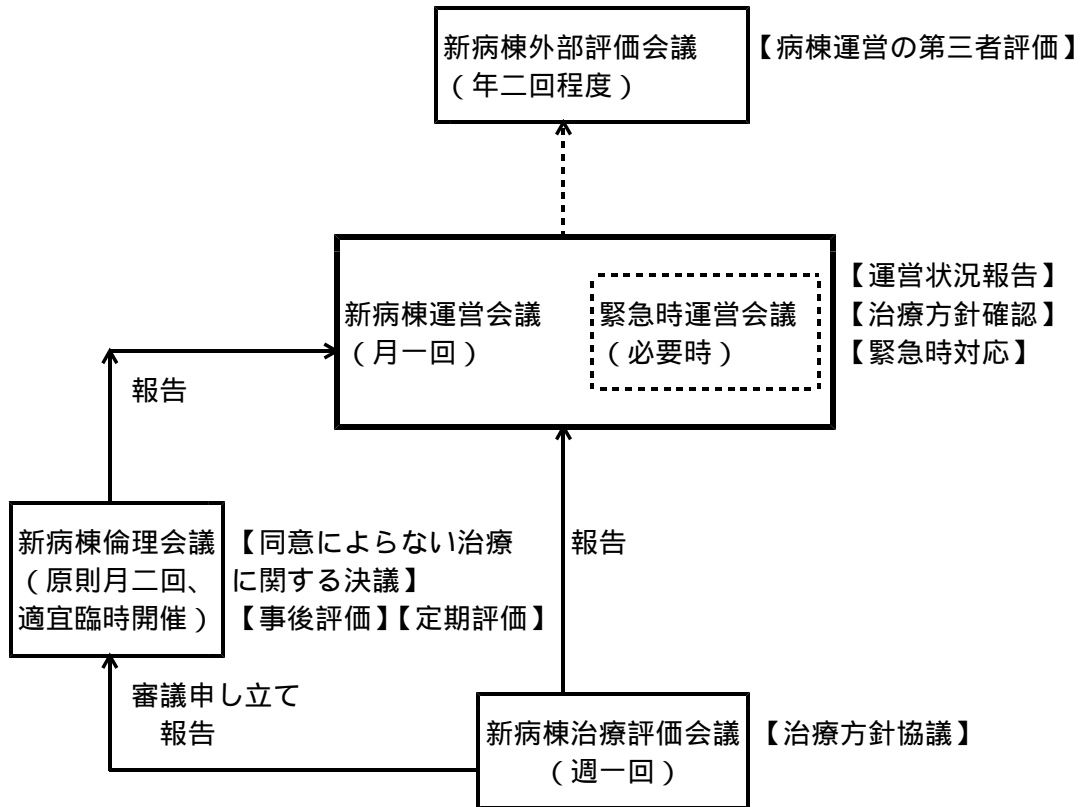
麻酔薬など強力な鎮静を行った場合について報告聴取し評価を受ける。

新病棟治療評価会議（仮称）

治療の効果を判定するために定期的に対象者の評価を行う。

この会議は、新病棟内の医師、看護師、臨床心理技術者、作業療法士、精神保健福祉士の多職種チームにより構成することを基本とし、必要に応じ、社会復帰調整官が参加する。また、必要に応じ、対象者本人も参加する。

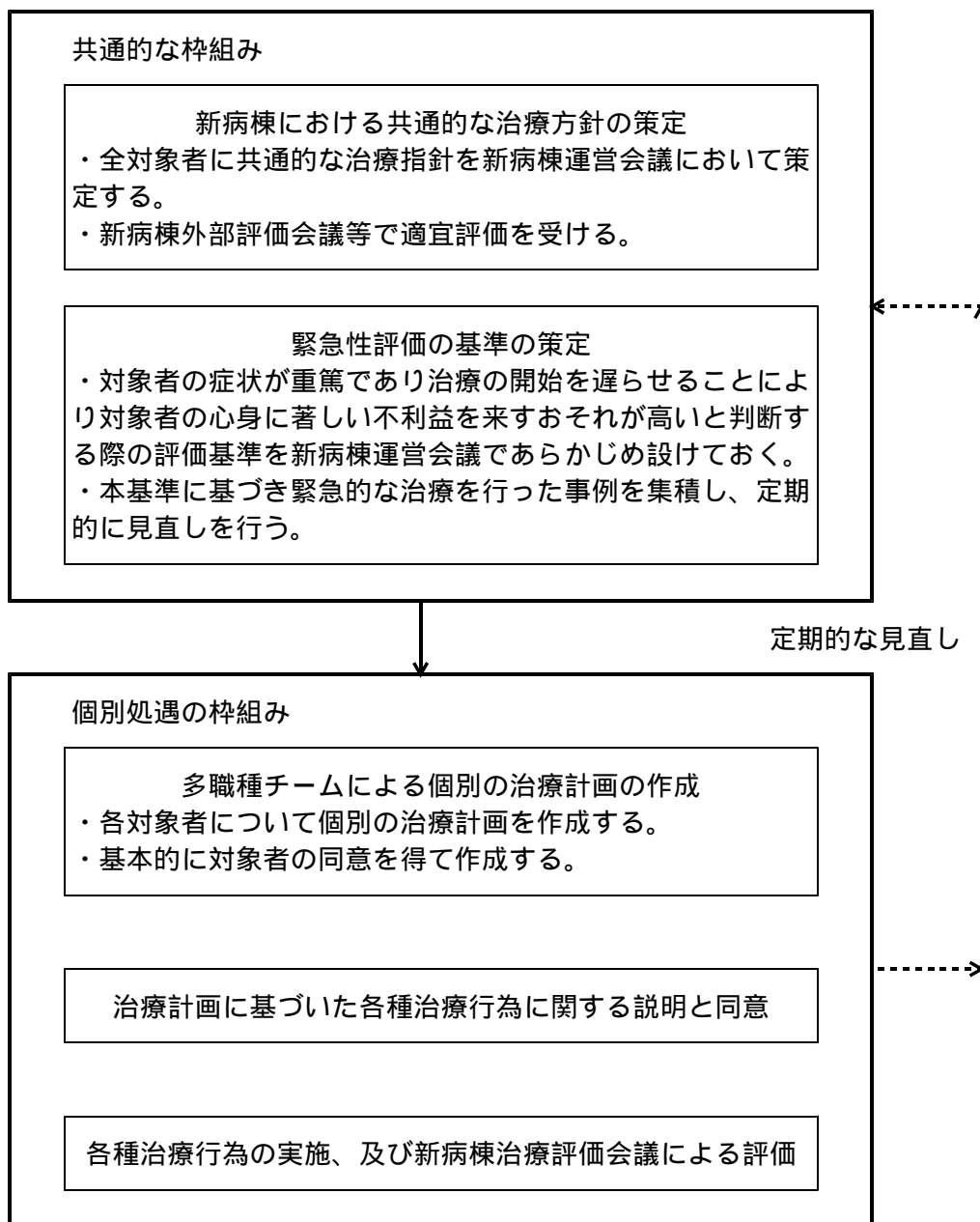
新病棟における各種会議の位置づけ（案）



なお、この他、地元関係機関等と円滑な業務関係を支えるために地域連絡会議を設置し、定期的に（少なくとも1年に1回）、関係機関及び地域住民の関係者が参集し、指定入院医療機関の状況及び本法の施行状況を報告し、話し合う場を設けるものとする。

2 治療方針の決定

新病棟における治療方針については、対象者の円滑な社会復帰を促進する目的から、以下のように決定されることを原則とする。



各種治療行為に対する対象者の同意が得られない場合の扱いについては「**その他の留意事項 1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応**」を参照。

3 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

新病棟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入院医療機関の管理者（病院長）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。

新病棟治療評価会議の多職種チームにより、継続的な評価結果を踏まえ、適宜見直しを行う。

精神外科手術は治療の選択肢としない。

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。）

麻酔薬など強力な鎮静を行った場合は新病棟倫理会議の評価を受ける。

3) 外出・外泊（本稿では院内散歩を含む。）の実施

（基本的考え方）

治療及び社会復帰の観点から非常に重要である。

慎重なリスクアセスメントを実施の上、医学的管理下により行われる。

退院に向けて、対象者の自由度が次第に高まっていくよう外出外泊計画を組んでいくものとする。

（外出・外泊の種類）

以下の3種に分けられる。

院内散歩（指定入院医療機関内で新病棟外への散歩）：回復期より開始

院外外出（指定入院医療機関外への外出）：回復期より開始

外泊：社会復帰期より開始

新病棟の敷地内（例えば中庭等）を医学的管理下で散歩させることについては、多職種チームの判断で適宜行うものとする。

検査や身体合併症治療等のために、医学的管理下で他科あるいは他の医療機関を受診させることについては、担当医師の判断により適宜行う。

（外出・外泊の開始）

多職種チームにおいて対象者の外出外泊計画を作成する。

外出外泊計画の作成にあたっては社会復帰調整官の意見を求め、作成した計画を保護観察所に提出する。

回復期への移行について新病棟運営会議で検討を行う際には、院内散歩の開始についても十分検討し、初回の院内散歩の実施は指定入院医療機関の管理者が決定を行う。

院外外出の開始が検討される対象者について、あらかじめ新病棟運営会議で検討を行う。初回の院外外出の実施は指定入院医療機関の管理者が決定を行い、決定があったことを保護観察所に連絡する。

社会復帰期への移行について新病棟運営会議で検討を行う際には、外泊の開始についても十分検討し、初回の外泊の実施は指定入院医療機関の管理者が決定を行い、決定があったことを保護観察所に連絡する。

初回以後の外出・外泊は、多職種チームによる協議に基づき実施される。多職種チームは対象者の外出・外泊の実施状況について指定入院医療機関の管理者に報告を行う。

（院内散歩）

外出外泊計画の中で、医学的管理下により行い、終了時には、当該院内散歩に係る評価を十分に行う。

（院外外出）

外出外泊計画の中で、医学的管理下により行い、終了時には、当該院外外出に係る評価を十分に行う。

（外泊）

外出外泊計画に従い、対象者が退院後に居住する地元等において医学的管理下により行い、終了時には、当該外泊に係る評価を十分に行う。

外泊を行うに当たっては、あらかじめ、保護観察所にその旨を連絡する。外泊の終了時についても、同様とする。

外泊の実施に際しては、地域の社会復帰調整官及び精神保健福祉関係者との連絡を密接にとるとともに、必要に応じて、地域の社会復帰調整官と相談しつつ、当該地の指定通院医療機関を試験的に受診するなど、諸機関との関係構築にも配慮する。

4 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。

毎週1度（例えば月曜日）全職種で評価を行い、治療プログラムを計画する。

毎月1度、全職種で評価を行い、翌月の治療プログラムを計画する。

3ヶ月に1度、全職種で評価を行い、翌3ヶ月の治療プログラムを計画する。

6ヶ月ごとに、全職種で治療の継続の必要性について評価を行い、入院医療の必要性があると判断されれば入院継続の確認の申立てを、必要性が認められなければ退院の許可の申立てを行う。

入院が18ヶ月を超えるような場合には、1ヶ月～3ヶ月の頻度で入院継続の必要性に関する評価を行い、入院医療の必要性が認められなくなれば、退院の許可の申立てを行う。

2) 共通評価項目

対象者全員に入院時から治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の視点の統一、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

3) 記録等の標準化 現在、様式等を整理中。

5 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。

また必要に応じ、地域住民に対して制度の仕組み等について説明を行うとともに、地元自治体等と協議の上、入院者の数、年齢構成、診断等に関する情報について、定期的に提供する仕組みを設ける。ただし、入院者の個人情報については、特に慎重に取り扱わなければならないことに留意し、個人が特定される情報については、開示しない。

なお個人情報の取扱いについては、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。

2) 通院処遇との連携確保

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。

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、対象者に関する情報を提供する。

必要な情報の内容については今後整理。

指定入院医療機関におけるステージ分類と治療内容

1 急性期

(治療目標；12週で回復期へ移行)

- 初期評価と初期の治療計画の作成
- 病的体験・精神状態の改善
- 身体的回復と精神的安定
- 対象者との信頼関係の構築
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

(医師業務の概要)

- ・対象者の初期基本評価
- ・検査の指示
- ・診察及び合併症の確認
- ・入院時初期治療計画の作成
- ・急性期治療目標の設定及び急性期治療計画の作成
- ・急性期薬物療法の計画作成、実施、効果判定、副作用のチェック
- ・急性期心理教育
- ・急性期精神療法（個別精神療法、集団精神療法）
- ・支持的な精神療法（対象者との信頼関係の構築）
- ・対象者及び家族への病状説明、治療計画の説明と同意への努力
- ・急性期治療の定期的評価及び回復期移行への評価

(看護業務の概要)

- ・入院時病棟オリエンテーション（集中ケアによる患者の不安軽減）
- ・病歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・身体的管理（バイタルチェック、全身状態の把握、合併症の把握等）
- ・精神症状及び行動の観察（個室内における常時観察、睡眠状態の把握等）
- ・対象者不穏時の早期介入（心理的鎮静、説得、交渉、介入後のフォロー）
- ・興奮時の危機介入と危機介入後の調整
- ・個別的な関わりによる治療関係・援助関係の構築
- ・定期的な看護面接（心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案）
- ・医師の診察と他職種による面接への同席
- ・日常生活能力の把握と評価
- ・看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し（1週間毎）
- ・服薬管理と服薬効果、副作用の観察
- ・治療プログラム（急性期ミーティング・疾患教育等）への導入と実施・評価
- ・治療プログラム終了後の個別フォロー
- ・入浴介助、食事介助、清潔の保持等を通じた日常生活能力の把握と評価

*急性期ミーティングは、主に臨床心理技術者と看護師が司会進行を行いながら、急性期にある患者の発言を促し、同じ急性期にある患者と問題を共有し、互いの体験に基づいた話をするにより、急性期固有の課題を明らかにし克服していく治療プログラム。

(回復期ミーティングは、作業療法士と看護師、社会復帰ミーティングは精神保健福祉士と看護師が司会進行を担当し、急性期ミーティングと同様の目的・内容により行う。)

(心理業務の概要)

- ・病歴・家族歴・生育歴等の情報収集
 - ・人格形成に関する情報収集
 - ・支持的療法(信頼関係を確立するための試みを含む)
 - ・問題行動の背景分析
 - ・治療計画作成のための神経心理学的検査(脳器質的な要因の検索・明確化)
 - ・病識尺度を使用した評価
 - ・認知行動療法への導入のための心理教育(対象者の心理に働きかける教育)
 - ・家族への心理教育
- * 認知行動療法: 物事の捉え方に変化を与えて好ましい行動を主体的に引き出していくことを期待する精神療法

(作業療法業務の概要)

- ・病歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・個別的な関わりによる治療関係の構築
- ・急性期作業療法(休息を促す受動的活動: 音楽・ヒーリングビデオ鑑賞等)の実施
- ・衝動性を緩和できる活動(気軽にできるスポーツ、粘土・革細工を用いた体験)
- ・身体感覚の回復を促す活動(キャッチボール、輪投げ等)
- ・なじみのある、工程の少ない活動を通して現実感を体験する
- ・体力を回復するための作業療法
- ・作業療法を通して心身機能のアセスメントを行う

(ソーシャルワーク業務の概要)

- ・病歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・生活環境等に関する情報を社会復帰調整官から収集する
- ・対象者との信頼関係の構築
- ・対象者、家族、関係者等への関係調整と心理的サポート
- ・権利擁護講座(権利擁護制度、関係法令等の講座)
- ・処遇改善、退院請求等についての説明・相談と手続き援助
- ・入院初期における生活保護・障害年金申請等の相談業務
- ・社会生活の中断に伴う諸問題(社会保障等の継続手続き、家族への各種援助相談、その他の生活・経済問題等)について家族、関係機関と調整し、対象者の不安を軽減させる
- ・社会復帰調整官との窓口を担当する
- ・社会復帰調整官の院内における執務の便宜を図る
- ・社会復帰調整官の参加する会議の調整を行う
- ・社会復帰調整官の対象者との面談に同席する
- ・社会復帰調整官に対し対象者の退院後居住地等の対象者ニーズを整理して伝える

2 回復期

(治療目標; 36週(通算48週)で社会復帰期へ移行)

日常生活能力の回復

病識の獲得と自己コントロール能力の獲得

評価に基づき計画された多職種チームによる多様な治療
病状の安定による外出の実施
その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

(医師業務の概要)

- ・診察(診断・重症度の見直し、症状の回復度の評価)
- ・回復期治療目標の設定及び回復期治療計画の作成
- ・薬物療法の評価(薬剤反応性の評価、服薬遵守性の評価)
- ・薬物療法の維持療法への移行、実施、副作用のチェック
- ・回復期精神療法(個別精神療法、集団精神療法)
- ・心理教育の実施
- ・本人及び家族への病状説明、回復期治療計画の説明
- ・家族療法、家族教育の実施
- ・6ヶ月毎の入院継続確認の評価
- ・回復期治療の定期的評価及び社会復帰期移行への評価

(看護業務の概要)

- ・身体的管理(バイタルチェック、全身状態の把握等)
- ・精神症状の観察と関連要因の検討(日々の出来事、睡眠状態の把握等)
- ・言語的コミュニケーションによる表現能力の回復及び対人関係の改善に向けた援助
- ・対象者間の対人関係調整(葛藤の解消と連帯感の形成)
- ・対象者の日常生活能力(身辺整理・金銭管理等)の回復と評価
- ・対象者の自己対処能力、問題解決能力の向上に向けた日常的援助
- ・看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し(1ヶ月毎)
- ・定期的な看護面接による意思決定支援(心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案)

・服薬管理と服薬指導

・治療プログラム(回復期ミーティング・問題解決技法・疾患別グループ等)の選定と導入

・病棟内の物品管理(刃物・ライター・持ち物検査等)

・外出の援助及び評価(帰棟時のボディチェック)

(心理業務の概要)

- ・人格形成に関するさらなる情報収集(投影法・質問紙法等心理検査)
- ・知能検査
- ・不安、抑うつ、衝動性のアセスメント
- ・自尊心、自己効力感のアセスメント
- ・再構成的精神療法(客観的な自己分析を通じて自己の再構築を促す治療)
- ・認知行動療法(怒りのマネジメント)を通じた感情の抑制と対処法の獲得
- ・認知行動療法(疾患教育)を通じた病識の深化と疾病の自己管理能力の獲得
- ・病識尺度を使用した評価
- ・家族への心理教育
- ・集団精神療法を通して、体験を共有化し共感性及び洞察を高めるとともに言語表現能力、コミュニケーション能力を高める

(作業療法業務の概要)

- ・積極的な集団活動の利用(具体的な体験を通してコミュニケーション能力を高める)
- ・プログラムへの定期的な参加を通じた基本的な生活リズムの確立
- ・成功体験(手工芸、絵画、スポーツ等)の積み重ねによる達成感の獲得
- ・回復期作業療法を通して、生活技術の獲得・回復と生活能力の自己確認
- ・職業的役割取得の準備(職業ミーティング、長期的な計画や複雑な工程と他者との共同作業を必要とするもの)
- ・集中力、持続性の向上
- ・衝動性の適応的緩和(ダーツ、工具を用いた作業、スポーツ等)
- ・体力を回復するための作業療法
- ・作業療法を通して心身機能のアセスメントを行う

(ソーシャルワーク業務の概要)

- ・外出プログラムの作成(外出目的と課題の設定、訪問先の選定)
- ・外出プログラムを社会復帰調整官に報告し外出結果についても報告する
- ・外出・外泊に関連した生活技能講座を企画し実施する
- ・外出時訪問先との調整
- ・外出に同伴し社会生活能力の確認と評価
- ・外出に同伴し対象者の能力に応じた社会生活技能訓練を行う
- ・地元等の社会復帰施設(通所授産施設、生活訓練施設、グループホーム等)や福祉制度の紹介等、社会復帰講座を企画し実施する
- ・保護観察所が行う退院予定地の選定に際し、社会復帰調整官と対象者との面談に同席し対象者のニーズを踏まえ必要な情報を提供する
- ・社会復帰調整官が作成した調整方針について対象者の同意を得る際、対象者の自己決定を支援する
- ・社会復帰調整官が調査した社会資源について情報提供を受け、対象者の意向を確認し社会復帰調整官に伝える

3 社会復帰期

(治療目標; 24週(通算72週)で退院)

- 社会生活能力(服薬管理、金銭管理等)の回復と安定
- 社会復帰の計画に沿ったケアの実施
- 継続的な病状の安定による外泊の実施
- その他

(標準的なクリティカルパスのイメージ)

(別紙)

(医師業務の概要)

- ・診察(診断・重症度の見直し、症状の回復度の評価)
- ・社会復帰期治療目標の設定及び社会復帰期治療計画の作成
- ・薬物療法の評価(薬剤反応性の評価、服薬遵守性の評価、服薬自己管理の評価)
- ・薬物療法の長期維持療法(デポ剤等)への移行、実施、副作用のチェック
- ・社会復帰期精神療法(個別精神療法、集団精神療法)
- ・心理教育の実施

- ・本人及び家族への病状説明、社会復帰期治療計画の説明
- ・家族療法、家族教育の実施
- ・6ヶ月毎の入院継続確認の評価
- ・社会復帰期治療の定期的評価及び退院移行への評価
- ・社会復帰調整官と退院後の処遇について情報交換
- ・退院後の指定通院医療機関との情報交換
- ・退院申請の報告書作成

(看護業務の概要)

- ・言語的コミュニケーションによる表現能力の回復及び対人関係の改善
- ・日常生活の自立に向けた支援
- ・看護目標の設定と看護計画の立案、看護計画の見直し(1ヶ月毎)
- ・退院後の社会生活をめぐる不安への対応
- ・定期、不定期の看護相談(心理的支援、問題整理、課題提示、具体策の提案)
- ・服薬指導と服薬の自己管理に向けた支援
- ・治療プログラム(社会復帰期ミーティング・問題解決技法・疾患別グループ等)の実施と評価
- ・治療プログラム後の個別フォロー
- ・外泊への援助及び評価
- ・訪問観察の実施と評価
- ・家族への個別支援と家族グループワークの実施及び評価

(心理業務の概要)

- ・再教育的精神療法により対象者自身が再発の危険サインを理解し対処法を修得
- ・役割遂行能力の獲得
- ・自尊心、自己効力感のアセスメント
- ・認知行動療法(怒りのマネジメント)を通じた感情の抑制と対処法の多様化
- ・認知行動療法(疾患教育)を通じた病識の深化と疾病の自己管理能力の増進
- ・病識尺度を使用した評価
- ・再構成的精神療法(社会の中で自分らしく生きるための力を養う)
- ・退院準備に向けた心理検査の実施
- ・家族の対象者受け入れ機能の強化

(作業療法業務の概要)

- ・定期的・積極的な集団活動の利用(他者との共感体験を通し、自他の違いや役割を認識し、共同作業ができる能力を高める)
- ・体力を回復するための作業療法
- ・継続的な作業活動の積み重ねによる自己確認と自己ペースの理解を促進
- ・外出訓練を通して社会生活能力を獲得する
- ・退院後の生活を想定した生活能力のアセスメントと課題解決
- ・退院後の生活支援のための連携(グループホーム、援護寮、作業所などの社会復帰施設などの職員など)
- ・外出(歩道の清掃などボランティア体験など他者の役にたつ体験)を通して、自己効力感を高め、社会的役割を認識することにより、社会の中で自分らしく生きるための力を養う
- ・職業適性検査(作業療法士が実施する検査(モダブツ法、タワー法、一般職業適性検査など)、障害者職業センターとの連携によるもの)

- ・就労準備（退院後の就労先を具体的に想定した、- 時間的、作業内容、作業工程数、コミュニケーション能力 - 準備を行う）

（ソーシャルワーク業務の概要）

- ・外泊プログラムの作成（外泊目的と課題の設定、訪問先の選定）
- ・外泊プログラムを社会復帰調整官に報告し外泊結果についても報告する
- ・外泊に関連した生活技能講座を企画し実施する
- ・外泊時訪問先との調整
- ・外出・外泊に同伴し指定通院医療機関、社会復帰施設、関係機関等の見学を行う
- ・外泊に同伴し社会生活能力の確認と評価
- ・外泊に同伴し対象者の能力に応じた社会生活技能訓練を行う
- ・地元等の通所授産施設、生活訓練施設、グループホーム等の利用申請方法と福祉制度の具体的な利用手続き等、社会復帰講座を企画し実施する
- ・社会復帰ミーティングを企画し実施する
- ・対象者のニーズを把握し社会復帰調整官と退院に向けての情報交換を行う
- ・保護観察所が作成する退院後の処遇実施計画案の作成に必要な、医師をはじめとする各職種からの情報を取りまとめ社会復帰調整官に提供する

薬剤師業務の概要

薬剤師は新病棟専属の配置ではないが、対象者の治療に果たす役割の大きい下記の業務については、可能な範囲において新病棟における多職種チームと協力・連携するものとする。

1．急性期

- ・病歴・薬歴・家族歴・生育歴等の情報収集
- ・薬物療法計画作成に対する支援（向精神薬以外の合併症治療に用いる薬剤に関する情報提供も含む）
- ・予測される効果と副作用（過鎮静、錐体外路症状等）のチェック
- ・薬歴管理による重複投与、相互作用、禁忌等のチェック
- ・医療スタッフへの情報提供
- ・対象者への服薬指導

2．回復期

- ・薬物療法のチェック（多剤併用、大量療法：力価換算等）
- ・抗パーキンソン薬・ベンゾジアゼピン系薬等の継続に関するチェック
- ・効果の継続に関する問題点（自覚的薬物体験）のチェック
- ・服薬指導

3．社会復帰期

- ・服薬の継続に必要な知識の提供
- ・自己管理に向けた支援
- ・デポ剤に関する情報提供
- ・退院時処方に関する薬学的チェック
- ・服薬指導

入院中の評価の留意事項

1 入院時の初期基本評価

入院時には、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て、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) を用いる。
初期基本評価に基づき治療計画を作成する。

2 各期の到達目標

1) 急性期の到達目標

急性症状及び亜急性症状の改善を目標とする。

例えば統合失調症では陽性症状の改善を得る、睡眠や食事など基本的な生活リズムが回復し、対人関係では言語的及び情緒的な疎通性が回復するなど。

信頼に基礎を置いた治療者患者関係の構築をめざすと同時に、入院までの法律的な経過を理解し、法的及び医療において自ら置かれている状況についての理解を得る。

新病棟での生活を理解し、基本的な判断能力が回復する。

2) 回復期の到達目標

認知行動療法、心理教育、集団精神療法、個人精神療法等を通して、疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を得る。

例えば統合失調症では陽性症状の消失ないしは陽性症状に対する客観化が得られるなど。

社会生活技能訓練などにより、社会復帰の動機付けや、自己効力感ないし自己評価を高めることによって、現実的な生活を思い描くことが出来る。

服薬や継続的な医療の必要性を理解し、健康で安全な生活ができるように自己主張や表現能力を訓練し、怒りや衝動性のコントロールを体系的に会得し、向社会的で安全な対人関係を治療的に体験し学習する。

自室の鍵を適切に自己管理することが出来る。

外出を通して社会復帰に向けた現実的で具体的な目標を立て、援助者との関係を理解し、自ら援助を求める体験を経て信頼性や自律性を高める。

3) 社会復帰期の到達目標

疾病に対する病識及び自らの行為に関する内省を深め、健康で安全な生活を送る動機付けを十分に得る。

服薬自己管理を経て服薬や治療の継続の必要性を理解する。

自らの置かれている法的及び医療的な状況を理解して、協力を得ながら健康で安全な生活を目指す。

外泊を体験することによる生活圏の広がりによって、随伴的に具体的な場面で自己主張や怒りや衝動性をコントロールし、問題解決、必要に応じて援助を求める方法、社会資源の活用を体験する。

対人関係では通院医療機関スタッフや社会復帰調整官及び精神保健福祉関係諸機関の

職員と具体的で信頼に基礎を置いた関係を構築する。社会資源や援助機関の利用を具体的に体験し理解する。

困った時の援助の求め方や自立した生活を営むことに必要な方法を会得する。
病気の再発の徴候を理解して早期に援助者に協力を求めるなど危機管理を学ぶ。
家族や援助者の関係を調整し、可能な援助を得る関係を構築する。

3 裁判申立て時の評価項目

1) 退院の許可の申立て時

共通評価項目による疾病性や治療反応性及びリスクアセスメントないしマネジメントの評価を実施。

これを通して社会復帰期の到達目標に達し、入院医療の必要があると認めることができなくなった場合は、新病棟運営会議で評価を行なった後、保護観察所の長の意見を付して、指定入院医療機関の管理者の名で退院の許可の申立てを行なう。

対象者の診断や病態などにより、新病棟における入院処遇による治療では病状の改善（治療を行わなければ生じるであろう病状の悪化の防止を含む。）が見込まれない等の状況において、対象者の社会復帰を促すために入院医療の必要があると認めることができない場合においては、新病棟運営会議による評価を経て、指定入院医療機関の管理者は退院の許可の申立てを行う。

2) 入院継続の申立て時

共通評価項目による疾病性や治療反応性及びリスクアセスメントないしマネジメントの評価を実施。

これを通じて病状が十分に社会復帰期の到達目標に達していないことが確認され、入院治療のさらなる継続により改善が見込まれ、入院医療の継続の必要があると判断される場合は、新病棟運営会議で評価を行った後、入院の継続を申し立てる。

その他の留意事項

1 治療行為に対する同意が得られない場合の対応

治療の基本的な考え方

本法に基づく審判により入院決定を受けた対象者は入院による治療を受けなければならない(第43条第1項)ものであるが、対象者の社会復帰を目的とする医療を円滑に進めるためには、指定入院医療機関で行われる医療行為について治療者は十分な説明を行い、対象者の理解による同意を得られるように努める必要がある。

同意によらない治療を開始する場合の対応

対象者に対して治療方針等に関する説明を尽くした上でなお対象者の同意が得られない場合、代替となる治療行為の可能性について対象者とよく相談し、また多職種チームにより motivational interview (患者の両価性(治りたい気持ちと治りたくない気持ちの混在等)を明らかにしその解決を図ることで患者が自らの行動を変化させるのを援助するための面接)等を積極的に活用するなどして、対象者の治療意欲を引き出す取り組みを行うことが必要である。

十分な期間をかけて対象者の治療意欲を引き出す取り組みを行ったにもかかわらず治療の同意が得られない場合、対象者の同意を得ずに治療行為を開始することについて、事前に新病棟倫理会議において決議を行うものとする。決議にあたっては、「当該治療行為によって予測される効果」「当該治療行為によって起こりうるデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測される対象者の病状変化」「当該治療行為に対する対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。

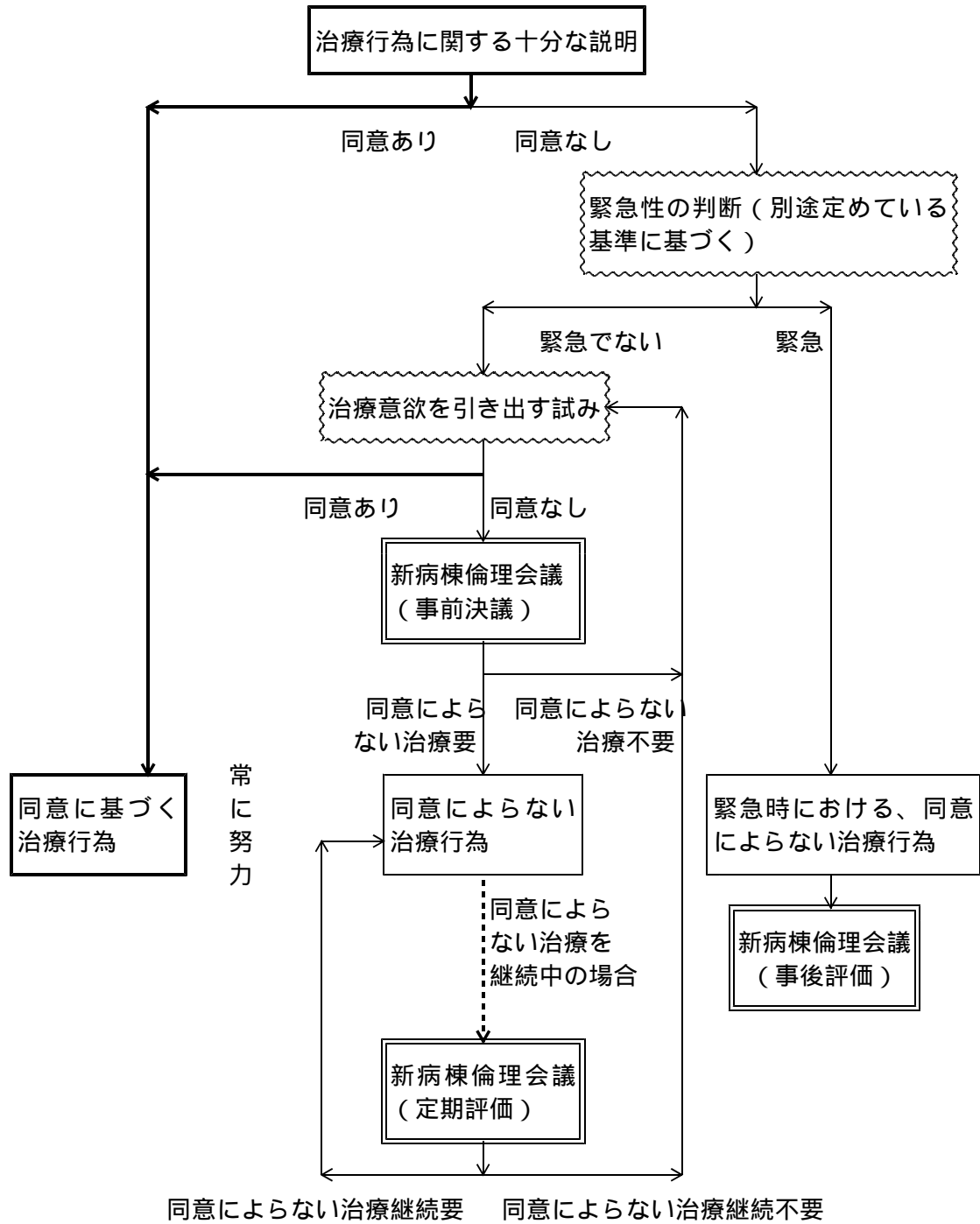
同意によらない治療行為を継続する場合の対応

同意によらない治療行為を行っている間も、常に治療行為に関する説明を行い、同意を得られるような取り組みを継続する。同意によらない治療を継続している対象者に関しては、各回の新病棟倫理会議において報告を行い、その必要性について評価を受ける。必要性の評価にあたっては、「現に当該治療行為によって得られている効果」「当該治療行為によって起きているデメリット」「当該治療行為の継続によって予測される効果」「当該治療を中断する場合に予測される対象者の病状変化」「当該治療行為に対する対象者の同意が得られない理由」等を踏まえることとする。

緊急時の対応

別途定められている緊急性評価の基準に基づき、対象者の症状が重篤であり治療の開始を遅らせることにより対象者の心身に著しい不利益を来すおそれが高いと判断された場合、緊急的に同意によらない治療行為を行うこともありうる。その場合、事後開催される新病棟倫理会議において当該判断及び治療行為の内容について報告し評価を受けるものとする。評価にあたっては、「当該治療行為に対して予測した効果」「当該治療行為によって起こりうる予測したデメリット」「当該治療行為を行わない場合に予測された対象者の病状変化」「当該治療行為に対する対象者の同意が得られなかった理由」等を踏まえ、検証を加えるものとする。

治療行為に係る説明と同意に関するフローチャート



2 行動制限

1) 隔離

2) 身体的拘束

関係審議会での議論を経て、内容を明記する予定。

3 個別医療行為の留意事項

・電気けいれん療法

呼吸管理下における修正型電気痙攣療法のみ施行するものとする。施行にあたって薬物による鎮静を必要とすることから、全例において事後に新病棟倫理会議で評価を受ける必要がある。

施行にあたっては対象者の同意を得ることを原則とし、同意が得られない場合は新病棟倫理会議で適否について事前協議し全会一致の合意がある場合に行う。対象者の症状が重篤であり、他のいかなる治療行為によっても病状の早急な改善が見込まれないとの判断のもと緊急的に修正型電気痙攣療法を施行した場合、事後開催される新病棟倫理会議において当該判断及び治療行為の内容について報告し評価を受けるものとする。

・持続性注射製剤（デポ剤）の使用

施行に当たっては対象者の同意を得ることを原則とし、同意が得られない場合は新病棟倫理会議で適否について事前協議し全会一致の合意がある場合に行う。

・身体合併症への対応

身体合併症に対しては、その治療を指定入院医療機関内で行うか、治療のために対象者を他の医療機関に受診させ、あるいは一時的に転院させ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、指定入院医療機関は、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入院医療機関運営ガイドラインで整理

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

指定入院医療機関は高度かつ先進的な精神医学・医療の臨床の場であり、そこで蓄積・開発された有益な臨床的データや治療技法は広く我が国の精神医学・医療に還元される。

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、定期的な入院処遇ガイドラインの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。

急性期クリティカルパス（イメージ）

	1 週目	2～4 週目	5～8 週目	9～12 週目
本人の目安	病棟環境に慣れる。 治療の必要性について理解することができる。 スタッフに援助を求めることができる。負担の軽いプログラムには参加できる。		スタッフに自分のことが話せる 自分にあった活動に参加できる	これからの治療について考えることができる
評価・治療検討	初期評価及び諸検査の指示 薬物療法の実施及び副作用チェック 対象者及び家族面接病棟ガイダンスと治療構造等説明、診察は1日1回	初期基本計画の策定 薬物療法の評価及び実施 治療関係構築の為の支持的精神療法 問題予測・簡単な治療方針の検討	情報の補足による再評価及び治療目標の再設定 病識の獲得の為の心理教育 薬物療法の効果評価	急性期治療の評価、行動の評価、治療反応性評価、外出の可能性の評価を行い回復期移行への検討 支持的精神療法・心理教育の継続
検査	血液検査・X・P・CT等	血液検査1/月 ECG1/3月 薬物血中濃度1/月	血液検査1/月 薬物血中濃度1/月	血液検査1/月 薬物血中濃度1/月
心理検査	心理面接（生育歴等聴取）	心理面接（人格形成等聴取）	問題行動の背景分析 神経心理学的検査	病識尺度を用いた評価
多職種チーム	対象者および家族から情報収集、信頼関係の構築	治療プログラムへの導入、対象者ごとに当初情報を元に個別プログラムを検討・立案及び実施 急性期ミーティングの実施	プログラム参加状況を評価、再計画	治療プログラムの実施及び評価 回復期への移行について検討
看護活動（体力の回復と患者看護者関係構築）	情報収集（患者観察シート） 綿密な入院時オリエンテーション、身体的健康状態の管理、精神症状及び行動の観察、初期看護計画の作成、不穏時の早期介入 服薬の管理と薬効・副作用の観察食事・入浴・排泄介助	身体的健康状態の把握 身体管理能力と生活能力の把握と評価 治療プログラムへの導入と観察・評価 個別的なかかわりによる援助関係の構築 看護面接及び看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察 入浴・排泄介助	治療プログラム参加への支援とプログラム終了後の個別フォロー 個別的なかかわりによる援助関係の展開 看護相談面接を通じた心理的支援と問題整理、看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察	回復期への移行可能性についての評価 個別的なかかわりによる援助関係の構築 看護相談面接を通じた心理的支援と問題整理、看護計画の見直し 服薬の管理と薬効・副作用の観察
作業療法	作業オリエンテーション（情報収集）治療関係の構築	急性期作業療法（休息を促す活動）	衝動性を緩和する活動 身体感覚の回復を促す活動	体力を回復する活動 現実感の回復を促す活動
精神療法		支持的精神療法	全てのケアやスタッフへの敵意が減弱 治療へのコンプライアンスが高まる	自分の過去・現在について言葉にし始める（自己開示）
心理教育		疾病別治療プログラムの導入	人との出会いに伴う行動様式を獲得する 治療プログラムを適応する	原疾患に対する対処ができ始める
レクリエーション		毎週実施（週2回定例）		
全体ミーティング		毎週実施（週1回定例）		
ソーシャルワーク業務	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理的サポート、 社会復帰調整官との情報交換 生活保護等入院初期に必要な外部機関との調整・手続き	対象者、家族の情報収集、信頼関係の構築、家族・関係者の調整と心理サポート、 権利擁護・処遇等の相談 社会復帰調整官との調整・協議、 社会生活の中断に伴う諸手続き	対象者、家族の情報を整理し福祉職としての意見を伝える、家族・関係者の調整と心理サポート、 社会復帰調整官との調整・協議 権利擁護・法規講座	対象者、家族の情報を整理し福祉職としての意見を伝える、家族・関係者の調整と心理サポート、 対象者の退院後の希望や居住地等についてニーズ調整し社会復帰調整官と協議 権利擁護・法規講座
家族調整	家族面接（合同面接）	家族心理教育：事件や疾患に関する戸惑いを整理する（個別・集団） 過剰な感情反応を整理し受け入れ可能な関係を回復 問題行動の背景要因に関する情報が深まる		

回復期クリティカルパス（イメージ）

	1～3週目（通算13～15週）	4～9週目（通算16～21週）	10～18週目（通算22～30週）	19～24週目（通算31～36週）	25～36週目（通算37～48週）
本人の目安	自分の病気について考える 外出について考える 生活のリズムをつかむ	薬について考える 社会生活（金銭管理含む）の練習をする 病棟の外に出てみる	自分の気持ちを考える 自分のことを人の前で話せる 相手の気持ちを考える	人との付き合い方を考える 自分の気持ちをコントロールできる 相手の気持ちが理解できる	自分にできることや自分の良さを見つける 病院の外に出てみる 自分の将来について考える
評価・治療検討	基本評価の見直し、回復期治療方針の決定、改善度評価・院内外出の可能性、治療プログラムの選定及び実施、薬物療法（維持療法）の評価、本人家族への病状及び治療計画の説明、診察は週2回	症状改善の評価及び治療内容の見直し、外出に伴う変化に対応治療プログラム 個別精神療法・集団精神療法・心理療法 の実施 服薬指導	改善されない症状の検討・問題点の整理、病識等評価 治療プログラム 個別精神療法・集団精神療法・心理療法 の実施 服薬コンプライアンスの確認 入院継続の裁判所への申し立て	服薬の自己管理に伴う症状の変化に対応 服薬指導、個別精神療法の強化	回復期治療の評価及び改善されない症状の検討・問題点の整理そして社会復帰期導入への検討 外泊の可能性の評価 家族面接治療の現状と今後の方針の説明 入院継続の裁判所への申し立て
検査	血液検査1/月、ECG1/3月 薬物血中濃度1/月				
心理検査	さらなる情報収集（投影法・質問紙法） 病識尺度を使用した評価	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	知能検査 病識尺度を使用した評価	不安・抑うつ・衝動性及び自尊心、自己効力感のアセスメント	病識尺度を使用した評価
多職種チーム	プログラム参加状況の評価及び外出可能性の検討 回復期ミーティングの実施	集団・個別治療プログラムの実施及び評価、外出に同伴する	外出の実施による状態の変化に対応、生活の自立度及び病識や治療動機付け等の確認	服薬の自己管理に伴う変化の観察及び介入、治療プログラムの実施	集団・個別治療プログラムの実施及び評価、社会復帰期への移行可能性の検討
看護活動	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、言語的コミュニケーションによる表現能力の回復、対象者の日常生活能力評価 看護面接・看護ケア計画の作成	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、対人関係の改善に向けた援助、外出に向けた援助 日常生活能力回復に向けた援助 自己対処能力の評価 看護面接・看護ケア計画の作成	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、日常生活能力回復に向けた援助、自己対処能力回復に向けた援助、外出に向けた援助 看護面接・看護ケア計画の作成	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討、自己対処能力回復に向けた援助、外出に向けた援助 看護面接・看護ケア計画の作成	身体管理・精神症状観察と関連要因の検討 看護面接・看護ケア計画の作成 社会復帰期移行可能性について評価する
作業療法	成功体験を積み重ねて達成感を獲得する活動 体力を回復する活動	具体的な体験を通してコミュニケーションができる活動 社会生活技能を練習する活動	集中力を高める活動 持続力を高める活動	職業準備訓練 社会生活技能を身につける活動（買い物・調理・掃除など）	長期的な計画や複雑な工程の作業活動 他者との共同作業
心理教育	医学講座（疾患教育）		病状の再発防止プログラム		
精神療法	患者集団で体験を共有し、共感性を高め洞察を深め、コミュニケーション能力を高める				
	集団で体験を共有する	共感性を高める		役割追行能力を高める	自己洞察を高める
認知行動療法	疾病教育を通して病識を深める。疾病の自己管理能力を獲得する教育プログラムの実施。感情抑制の方法の習得				
	喜怒哀楽の感情コントロールができる	感情の表現をコントロールできる	怒りや攻撃性の表現をコントロールできる		自らの考え方の特徴を理解し自己理解を促進する
レクリエーション	毎週実施（週1回定例）				
全体ミーティング	毎週実施（週1回定例）				
ソーシャルワーク業務	家族・関係者の調整、 外出プログラムの作成と社会復帰調整官との協議 社会復帰・福祉関連の知識・手続き方法等の習得を援助する。	家族・関係者の調整、 外出に伴う SST を企画実施	家族・関係者の調整、 外出に伴う SST を企画実施 外出に伴う生活技能について評価する	家族・関係者の調整 外出に伴う SST の効果について評価し、課題を提示する	家族・関係者の調整 居住予定地の社会復帰調整官の情報から、社会資源について対象者に伝え、自己決定を援助する
外出	外出計画	院内外出週1回	院内外出週2～3回	院内外出週3回	院内2回・院外1回
家族調整	家族面接・家族教室				

社会復帰期クリティカルパス（イメージ）

	1～6週目（通算49～54週）	7～12週目（通算55～60週）	13・14週目（通算61・62週）	15～19週目（通算63～67週）	20～24週目（通算68～72週）
本人の目安	健康で安全な生活をイメージできる 服薬の自己管理ができる 他人の痛みがわかる	家族や援助者との関係を考える 病状の再発の兆候を理解する 援助の求め方がわかる	社会資源を使ってみる 退院先に行ってみる 地域関係者と知り合う	退院先での生活に慣れる 地域関係者となじむ 退院後の生活を計画する	社会生活に自信をもつ 退院に向けた具体的な準備をする
評価・治療検討	基本評価の見直し、社会復帰期治療方針の決定、改善度評価・外泊の可能性評価、治療プログラムの選定及び実施、薬物療法の評価 本人家族への病状及び治療計画の説明 診察は週2回	薬物療法の維持療法への移行、評価、副作用のチェック 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊プログラムの検討の策定、治療プログラムの実施、社会資源状況の評価 入院継続の裁判所への申し立て	外泊の実施 症状改善の評価及び治療内容の見直し、外泊に伴う変化に対応 治療プログラム 個別精神療法・集団精神療法・心理療法 の実施 家族面接 外泊評価	外泊に伴う変化に対応、薬物療法の評価、退院後活用する社会資源について社会復帰調整官と情報交換 退院に向けての評価、再発の可能性評価	社会復帰調整官との退院後処遇について情報交換 退院後指定通院医療機関との情報交換 退院申請報告書の作成 リスクアセスメント 裁判所への退院の申し立て
検査	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月	血液検査1/月 ECG1/3月
心理検査	心理検査・病識尺度評価	自尊心自己効力感アセスメント	心理検査（退院準備）	病識尺度評価	
多職種チーム	外泊に向けた準備及び外泊プログラムの検討 社会復帰ミーティングの実施	病識の確認、生活技能と評価、社会復帰施設等の訪問に同伴する	試験外泊に同伴、社会生活上の課題の洗い出しと治療プログラムの再検討	社会復帰調整官及び通院医療機関等との情報交換、 家族の受け入れ状況の確認	社会生活上の課題克服について評価し退院可能性について検討
看護活動	言語的コミュニケーションによる表現の能力回復に基づく人間関係の改善、日常生活に自立に向けた援助 服薬の自己管理の評価及び指導 看護面接・看護ケア計画の作成	外泊準備及び外泊に対する不安への対応、多様な治療プログラムへの導入と観察及びプログラム後の個別フォロー 看護面接・看護ケア計画の作成	試験外泊に同伴し、課題の洗い出しお行う 課題への対応をチームで検討 具体策を明示する 看護面接・看護ケア計画の作成	外泊時訪問観察を行い、日常生活維持可能性について評価する 退院後の生活について本人ニーズの確認 看護面接・看護ケア計画の作成	服薬状況の確認、身体状況の確認 通院医療機関への情報提供（サマリー）の作成 外泊時訪問観察により課題の洗い出しと具体的対応策の明示 退院に向けた準備、不安への対応
作業療法	社会生活について自己管理する体験 職業適性検査（内）	就労準備作業 職業適性検査（外）	退院に向けた生活能力のアセスメントと課題の確認	生活能力に応じた課題の解決	具体的な生活に向けた安心感の提供
社会復帰講座	法律・制度・資源活用				
精神療法	社会の中で自分らしく生きるためのイメージを養う。適切な自己表現ができる。				
	病状の再発の危険サインを理解する	対処法を学ぶ	社会の中で自分らしく生きるためのイメージに出会う	適応を促す	
認知行動療法	病状再発の危険サインの認識、対処行動の活用、適応の促進				
	将来起こるかもしれない問題への対処の仕方を学ぶ、適切な社会的スキルを身につける			対処行動の確認、自立した生活に対する自己効力感の向上	
レクリエーション	毎週実施（週2回定例）				
全体ミーティング	毎週実施（週1回定例）				
ソーシャルワーク業務	家族・関係者の調整 外泊に備え福祉施設等に同伴見学する 社会復帰・福祉関連の知識・手続き方法等の習得を援助する。	家族に外泊指導を行う 外泊プログラムの作成し、社会復帰調整官と協議する 外出に同伴し通院医療機関等訪問する	退院受け入れに向けた家族調整の為対象者ニーズを確認する 外泊に同伴し、退院後の生活に向けた情報収集を行う	家族・関係者の調整生活能力に応じ社会資源活用に関する課題を解決する。 社会復帰調整官が作成する処遇の実施計画作成への援助	家族・関係者の調整 退院に向けての社会生活・経済上の諸問題について解決を援助する。
外出	週2回：1～2h	週2回：3～4h			
外泊		外泊計画	試験外泊	週1回：1～3泊訪問観察	5泊1回；7泊1回
家族調整	家族面接 家族教室				
退院計画			退院準備	地域調整	退院の申立て・退院計画作成

(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

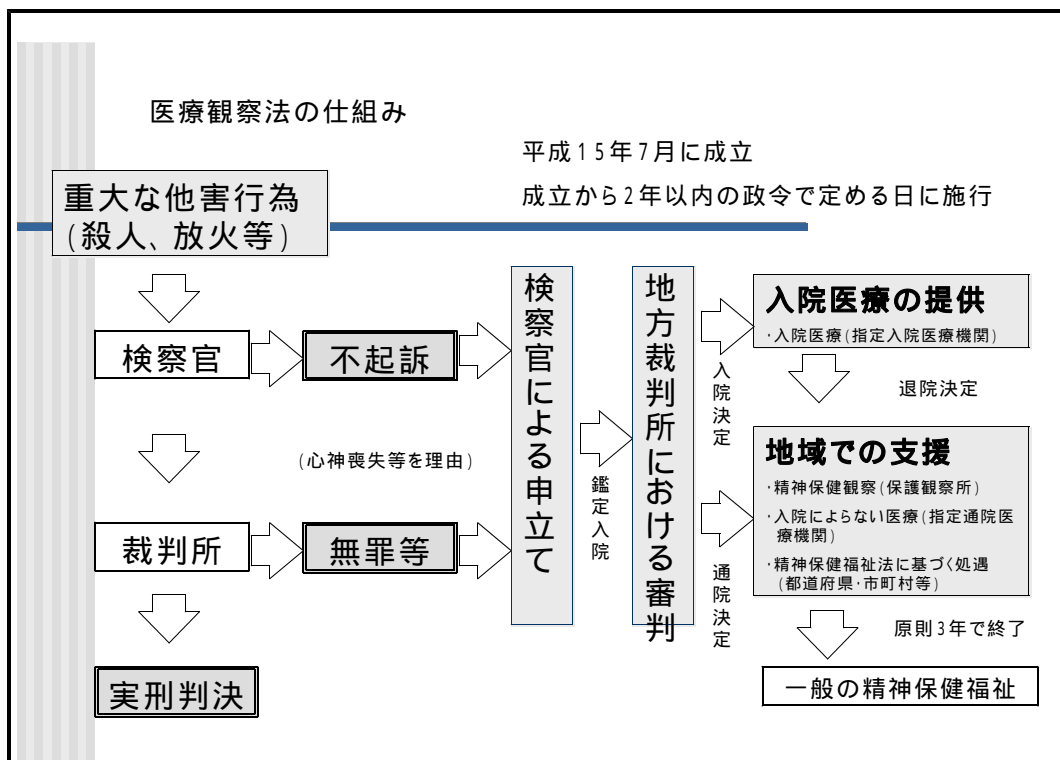
- (1) 監査等の実務
- (2) 診療報酬請求事務手続き

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、この基準外のこと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。

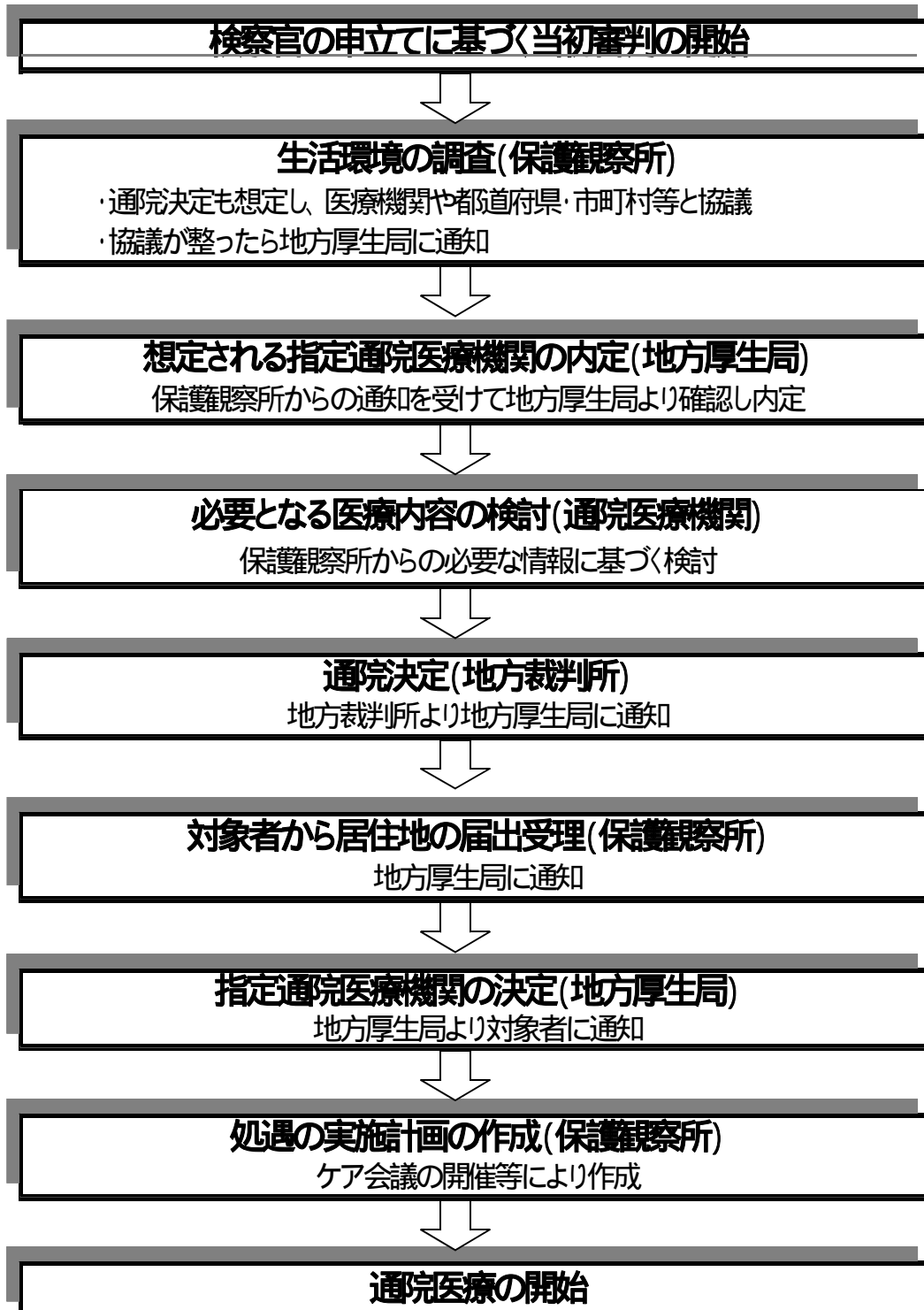
なお、この場合、入院による医療を経ないため、調整等にかかる時間的余裕がなく、迅速な対応が必要となる。

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。

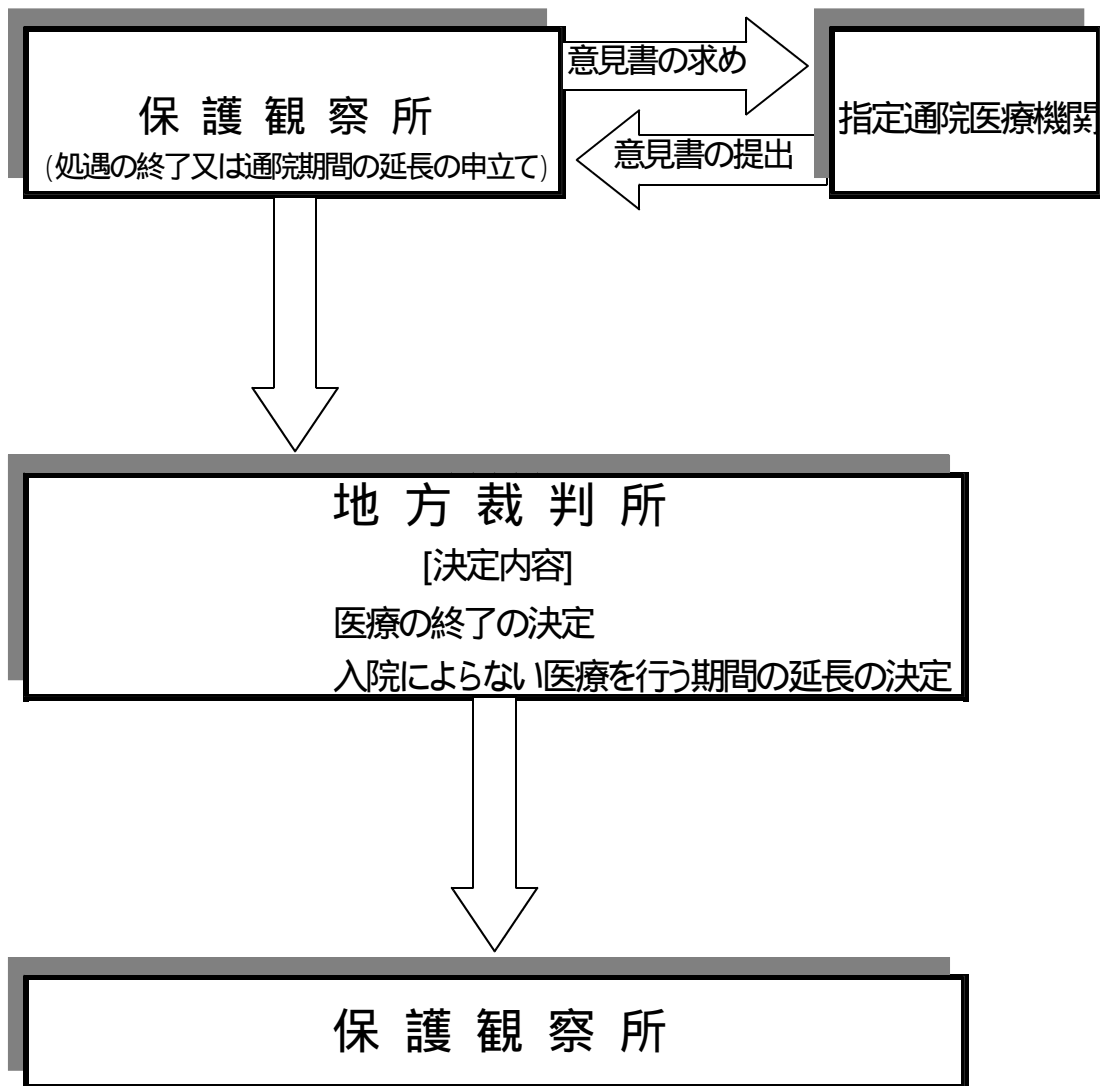
再入院等の申立ての方式（最規 8 3 条）

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

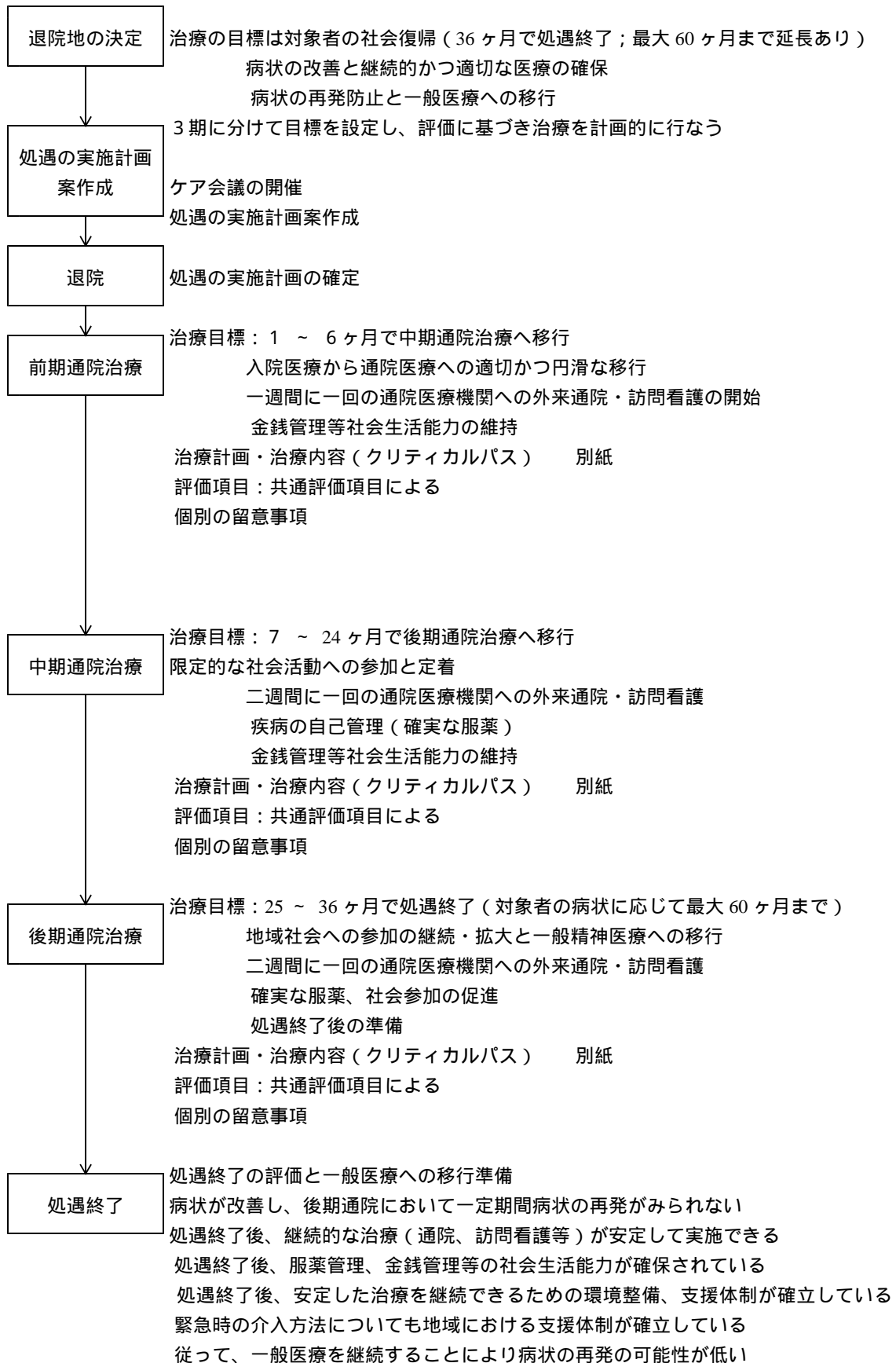
指定入院医療機関から退院、あるいは通院決定を受けた対象者について、対象者の状況に応じて訪問や通院による専門的な医療を提供するとともに、一時的な病状悪化の場合などには、精神保健福祉法等により、入院医療を提供することも想定する。

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「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 |
|--|

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できるための環境整備、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

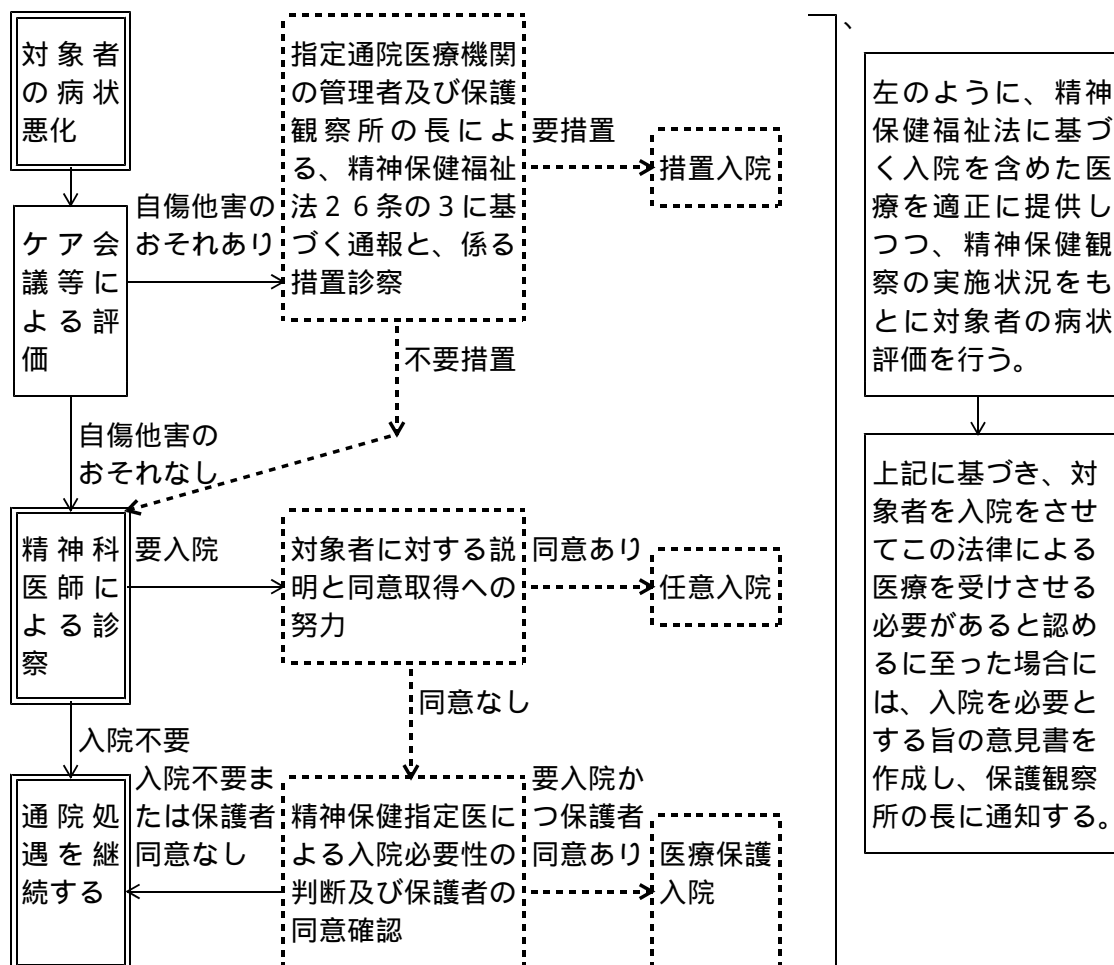
身体合併症に対しては、その治療を指定通院医療機関で行うか、治療のために対象者を他の医療機関に紹介するかといった判断があり得る。これらの判断は基本的には担当の医師が行う。

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り他の場面にも般化しうるかよりなる。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、衝動性、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. 衝動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. 罪業感に準じる：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業感。)
- 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う。

- 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、共通評価項目以外の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