

医療観察法の

みちしるべ

地域社会とのつながりを目指して。

厚生労働省

令和7年度障害者総合福祉推進事業

医療観察法とは

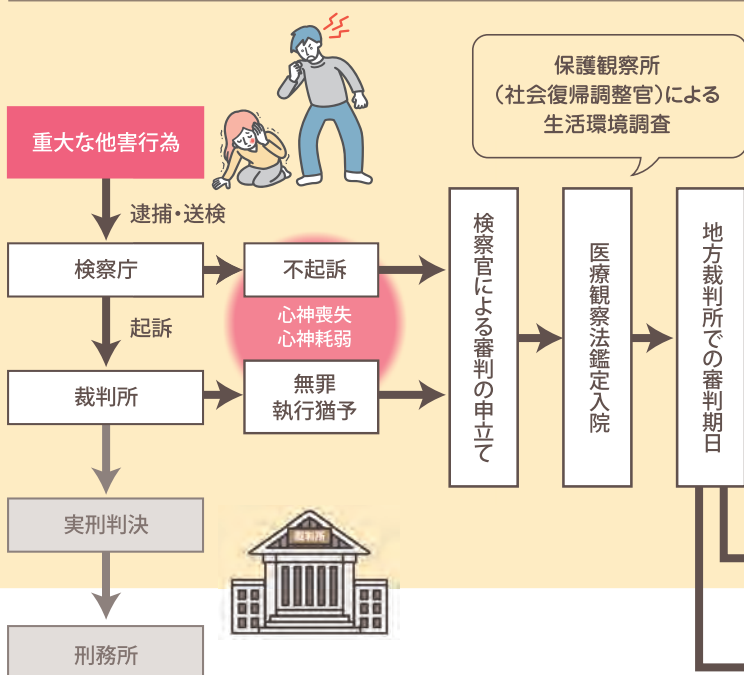
「医療観察法」は、正式名称を「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」といい、2005年に施行されました。

重大な事件を起こしたものの、
精神障がいの影響で罪に問うことができないと
判断された者などに対して、
手厚い治療やケアを提供し、
再び同様の行為に至らないように防止しつつ、
地域での社会復帰を促すための仕組みで、
「医療観察制度」とも言われます。



医療観察法における処遇の流れ

事件から審判まで



指定入院医療機関での医療 (18ヵ月間での退院が目標)

保護観察所(社会復帰調整官)による生活環境調整

急性期ステージ(目標3ヵ月)

回復期ステージ
(目標9ヵ月)

通院決定

不処遇

社会復帰調整官とは

保護観察所の職員で、医療観察法の対象者が社会復帰するための支援を行う専門職です。
最初の審判の段階からかわり、入院処遇、通院処遇を通して
一貫して対象者に関わり、生活環境の調査・調整、精神保健観察を行います。

本法の対象と
なった者を
「対象者」と
表現します。

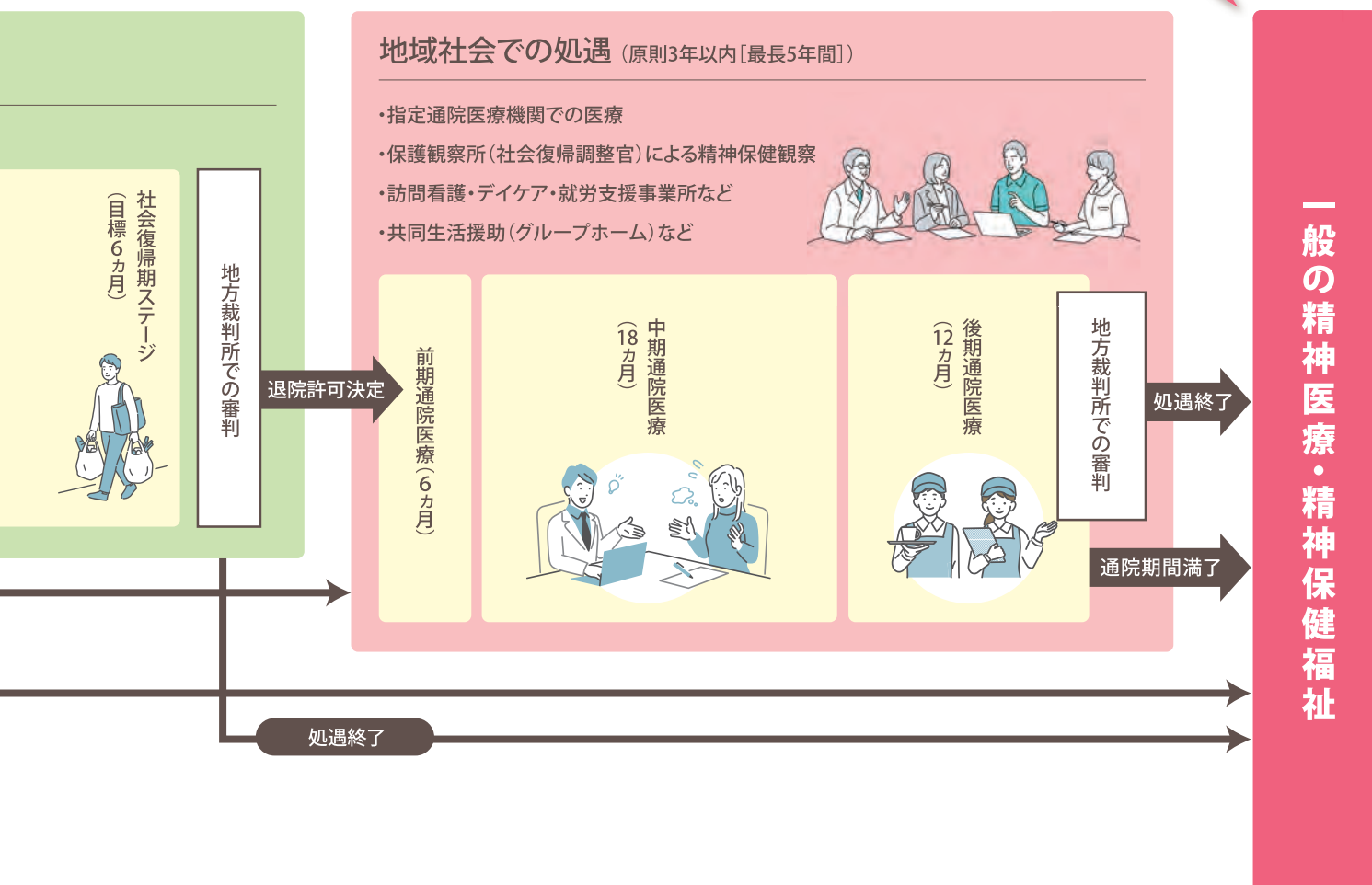
医療観察法の理念・意義

重大な他害行為は、被害者に深刻な被害を生ずるだけでなく、
病状のために加害者となってしまうということからも極めて不幸なことです。
精神障がいが悪化したことに加えて、重大な他害行為の加害者となる
二重のハンディキャップを背負い、社会的偏見を最も強く受ける人達でもあります。
適切な医療により病状の改善を図り、再び不幸な事態がくり返されないように
社会復帰を促進することが重要です。加害者に対する医療の枠組みではありますが、
被害者や家族、社会の視点も踏まえて、
地域社会の中で皆が安心して過ごせるようになることを目指しています。

医療観察法の施行前は、精神保健福祉法の措置入院制度等で対応されてきましたが、
一般的な精神医療の中では、必要となる専門的な治療が困難であったり、
退院後の継続的な医療を確保するための仕組みが不十分であったりしたため、
入院が長期化したり、他害行為をくり返してしまうなどさまざまな課題が指摘されていました。
これを解決するために、手厚い医療を行い、
地域社会でも多くの支援者によるケアが継続されるよう、
新たな仕組みである医療観察制度が整備されました。



ここから
本当の
「社会復帰」の
スタートです



1. 事件から審判まで

責任能力とは

重い精神障がいのために、善悪の判断ができなかったり、行動をコントロールできなかったりする場合、刑事責任を問えないと判断されます。まったく責任を問えない場合を「心神喪失^{しんしんそうしつ}」、限定的な責任を問える場合を「心神耗弱^{しんしんこうじやく}」と言います。

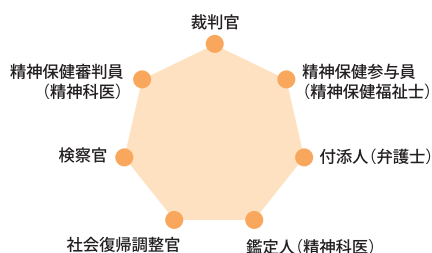
重大な他害行為とは

①殺人 ②放火 ③強盗
④不同意性交等 ⑤不同意わいせつ ⑥傷害
の6種類のみが医療観察法の対象となります。

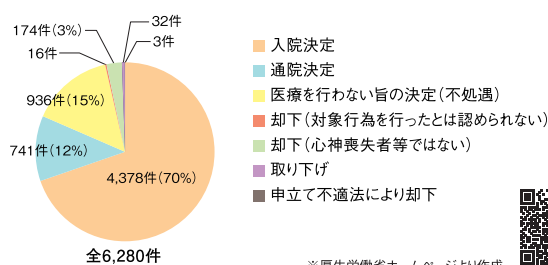
※①～⑤は未遂も含まれます。
※傷害は軽微なものは対象とならないこともあります。

審判について

医療観察法審判におけるカンファレンス(例)



医療観察法の地方裁判所の審判結果(2005～2023年)



医療観察法における医療必要性

疾病性

心神喪失・耗弱の原因となった
精神障がいと同様の
精神障がい有している

治療反応性

精神障がいを改善するために
医療観察法による医療が必要であり、
精神障がい治療可能性のあるもの

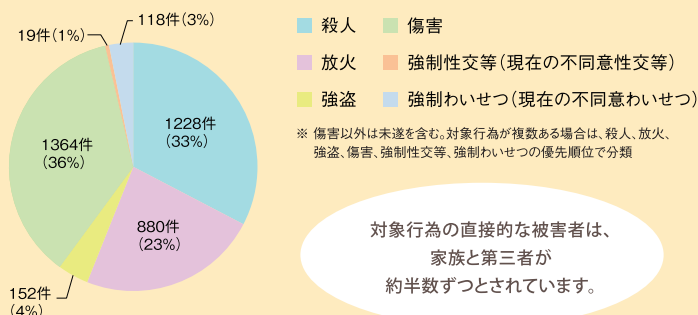
社会復帰 要因

社会復帰の妨げとなる
同様の行為を行う
可能性がある

※この3つの要件すべてそろってはじめて医療観察法の対象となります

入院処遇となった対象者はどのような人達ですか？

医療観察法入院対象者の対象行為(2005～2020年)



Point

対象者の診断は統合失調症が約8割を占めており、気分症や物質使用症がそれに続きます。

Point

性別は男性が約4分の3、女性が約4分の1となっています。

Point

入院時の年齢は30代と40代が最も多いですが、20代から60代まで幅広く、70歳を超えての入院は5%程度です。



入院処遇となった対象者のデータは医療観察法統計資料(重度精神疾患標準的治療法確立事業運営委員会発行)に掲載されており、定期的に改訂されるものと思われます。



厚生労働省のホームページからも入院対象者のデータが閲覧できます。

2. 指定入院医療機関での医療（入院処遇）

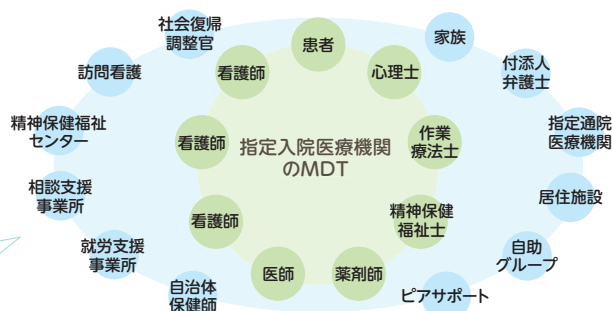
指定入院医療機関について（2026年時点）

全国に35カ所設置されており、国立もしくは都道府県立の病院が担うことになっています。病床数は全国で合計856床ありますが、1施設あたりの病床数は5床から66床までとさまざまです。病室は全室個室であり、「医療観察法病棟」として他の病棟とは独立していることが一般的です。

多職種チーム医療

医療観察法医療ではチーム医療が非常に重視されています。**多職種チーム（Multi-Disciplinary Team: MDT）**で対象者を治療・ケアしていくことが徹底されており、各職種はそれぞれの専門性を主体的に発揮しつつ、協働して取り組んでいます。

医療観察法病棟の看護師や医師の人員配置は一般的な精神病床と比較して、大幅に多く配置されており、精神保健福祉士や心理士、作業療法士の配置も決められています。



地域も含めた拡大ケアチーム

各治療ステージでの目標

急性期ステージ（目標3ヵ月）

- 急性期の**精神症状が改善**する
- 睡眠や食事など基本的な**生活リズムが回復**する
- 病棟生活を理解し、基本的な判断能力が回復する
- MDTとの**信頼関係が構築**され、相談できる
- 医療観察法で入院となった経過が理解できる
- 自分に合った活動に取り組み、負担の軽いプログラムに参加できる

回復期ステージ（目標9ヵ月）

- 治療プログラムを通して、**病識**を獲得し、治療の必要性を理解し、対象行為と病状との関係について理解する（**内省**）
- 自己効力感や自己評価が高まる
- 自分の体調の変化に**気づき、対処**できる
- 病状が安定して**外出**でき、社会復帰へ向けた**動機づけ**が高まり、目標を設定する
- 良好な**コミュニケーション**、**対人関係**を維持することができる

社会復帰期ステージ（目標6ヵ月）

- 自分で体調をコントロールし、再発の徴候を理解し、協力を得ながら**悪化を防止**できる
- 病識や内省が深まる
- 退院後の**通院先**や**住む場所**を決め、そこでの生活に必要な技術を身につける
- 退院後に**相談**できる人を作り、必要な援助を求めることができる
- 自分に合った方法で**服薬の管理**を継続することができる
- 外泊**を体験し、**社会資源**を活用する

治療プログラム

各施設でさまざまなプログラムが行われていますが、代表的なものを紹介します。集団で行われることもあれば、個別で行われることもあり、担当する職種も施設によってさまざまです。

心理教育・疾患教育：自身の病気について学び、病識の形成を目指します。

作業療法・運動療法・認知機能リハビリテーションなど：機能改善・生活能力向上を目指します。

権利擁護講座・社会復帰講座など：自分を守り、社会復帰を目指すための情報が提供されたり、動機づけが図られます。



内省プログラム：自身の生活史を振り返り、病気について理解するとともに、対象行為と病気との関連を理解することや、被害者への共感性を養ったり、再発を予防することの重要性を理解することを目指します。

認知行動療法・社会生活スキルトレーニング（SST）・元気回復行動プラン（WRAP）など：対処能力の向上、良好な対人関係を目指します。

対象行為の種類、精神障がいに応じて実施されるプログラムとして、性犯罪プログラム、放火防止プログラム、物質使用症プログラム、アルコールプログラムなどを行っている施設も多いです。

セルフモニタリングシート

調子の変化に気づいて、支援者とも共有できるように、入院期間の比較的早い段階からセルフモニタリングシートを作成し、状態に合わせて改変していきます。退院後も継続して活用できるよう地域支援者にも引き継がれます。

ここからダウンロードできます▶▶▶

活用例として見本データをご用意しております。



クライシス・プラン

調子の安定している時から悪化した時までを段階に分け、それぞれの状態での自分での対処方法や支援者の対応、さらに悪化時の希望などについて、本人と支援者で協働して作成しておく計画です。セルフモニタリングシートと連動させることが多く、共に地域支援者に引き継がれます。

ここからダウンロードできます▶▶▶

活用例として見本データをご用意しております。



2. 指定入院医療機関での医療（入院処遇）

ケアプログラムアプローチ会議（CPA会議）

全入院期間を通して、指定入院医療機関が主催して定期的に行われる会議で、対象者と担当MDTスタッフ、社会復帰調整官、家族、地域支援者が集まります。3か月に1回の頻度が標準的ですが、退院が近くなるとより頻度が多くなることもあります。

退院後にかかわる地域支援者が決まることに参加者が増えていきます。

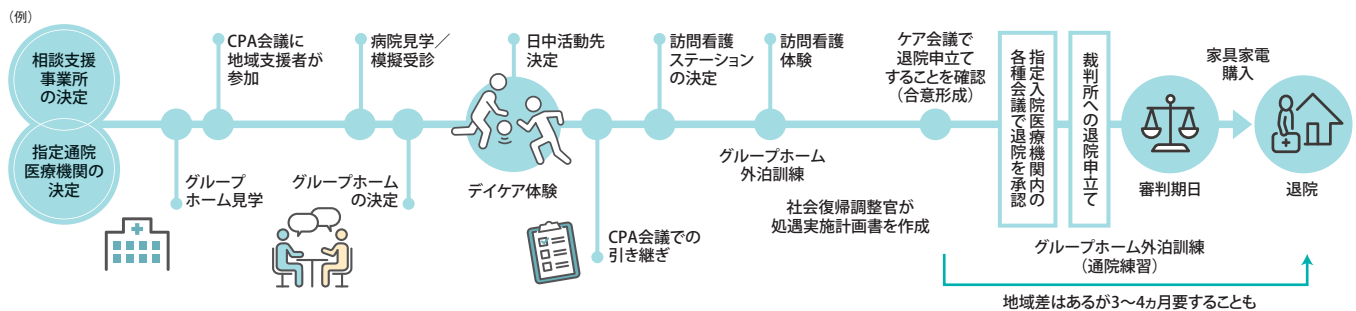
対象者の現状（病状や内省状況など）や今後の見通しを地域支援者と共有し、丁寧な引き継ぎを行う場となります。退院直前ではなく、できるだけ早い時期から地域支援者との情報共有を行い、できるだけシームレスな通院処遇への移行を目指します。



参加者：対象者、家族、担当MDTスタッフ、社会復帰調整官
指定通院医療機関担当者（精神保健福祉士、外来主治医、外来看護士等）
デイケアスタッフ、訪問看護ステーション
相談支援事業所、就労支援事業所、グループホームスタッフ
精神保健福祉センター・保健所、自治体の精神保健福祉担当者
ときに、居宅介護支援事業所、付添人・介護士、後見人・保佐人・補助人など

退院までの道のり

医療観察法入院からの退院には、一般医療とは異なる準備・手続きが必要となり、かなりの時間を要します。



対象者のさまざまな背景

対象者は統合失調症をはじめとした精神障がいを持っていますが、それ以外に発達特性やパーソナリティの問題も併せ持っていることがしばしばあります。発達特性を持つことで自尊心が育まれてこなかったり、過剰な生育歴を持ち大切にされた経験が乏しかったり、トラウマを一人抱え込んでいたり、精神障がいの回復が不十分なまま生活してきたことで逆境体験を重ねていたりする対象者が少なくありません。

このような背景を持つ人は、安心感や人に対する基本的信頼感、自己肯定感、自己効力感が著しく低下しており、そのために自分を大事にすることも、人を大事にすることも下手だったりします。周囲に相談できず、SOSを出せなかったために、他害行為に至ってしまった対象者も多いように思われます。

残念なことに精神医療の中で傷つき、医療不信を募らせ、病状の悪化を食い止められなかったような対象者もしばしば見受けられます。

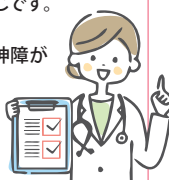
対象者は事件の加害者ですが、精神障がいによる被害者とも言えます。これを理解して、支援することがとても大切です。

医療観察法における医療・支援は、再び他害行為を起こすことを防止しつつ、社会復帰を促進させることが目標ではありますが、再他害行為防止は対象者の希望する生活を実現していく取り組みの結果の一つと言えます。

事件が起こってしまった人生を対象者と一緒に考え、目の前の希望を一つ一つ叶えるお手伝いをし、人生の目標を見つけるための支援を、根気よく、あきらめずに継続していく必要があります。

一般の医療・支援以上に多くの支援者が関わり、枠組みがしっかりしていますが、「特殊な医療・支援」をするわけではありません。本質的には通常の医療・支援と同じです。

医療観察法の条文の最後にある附則には、この法律の対象とならない精神障がい者に対しても医療の水準を上げ、地域生活の支援を充実させるなど、一般の精神医療と精神保健福祉全般の水準の向上を図ることが書かれています。これが実現していくことで、対象者も医療観察法医療から一般医療へソフトランディングして行けるものと思われます。



共通評価項目

医療観察法医療では、医療観察法鑑定入院、入院医療、通院医療を通して、全国共通の評価項目を用いて、定期的に対象者を包括的に評価します。各職種の評価を擦り合わせることで、評価項目の組み合わせによって将来の暴力や問題行動の予測因子にもなります。

疾病治療

- ① 精神病症状
- ② 内省・洞察
- ③ アドヒアランス
- ④ 共感性
- ⑤ 治療効果

セルフコントロール

- ⑥ 非精神病症状
- ⑦ 認知機能
- ⑧ 日常生活能力
- ⑨ 活動性・社会性
- ⑩ 衝動コントロール
- ⑪ ストレス
- ⑫ 自傷・自殺

治療影響要因

- ⑬ 物質乱用
- ⑭ 反社会性
- ⑮ 性的逸脱行動
- ⑯ 個人的支援

退院地環境

- ⑰ コミュニティ要因
- ⑱ 現実的計画
- ⑲ 治療・ケアの継続性



研修会・協議会など

指定通院医療機関や地域支援者が参加できる以下のような研修会や協議会がありますが、各地域で独自の会が開催されていることもあります。

指定通院医療機関従事者研修会

医療観察法関連職種研修会

通院医療等研究会

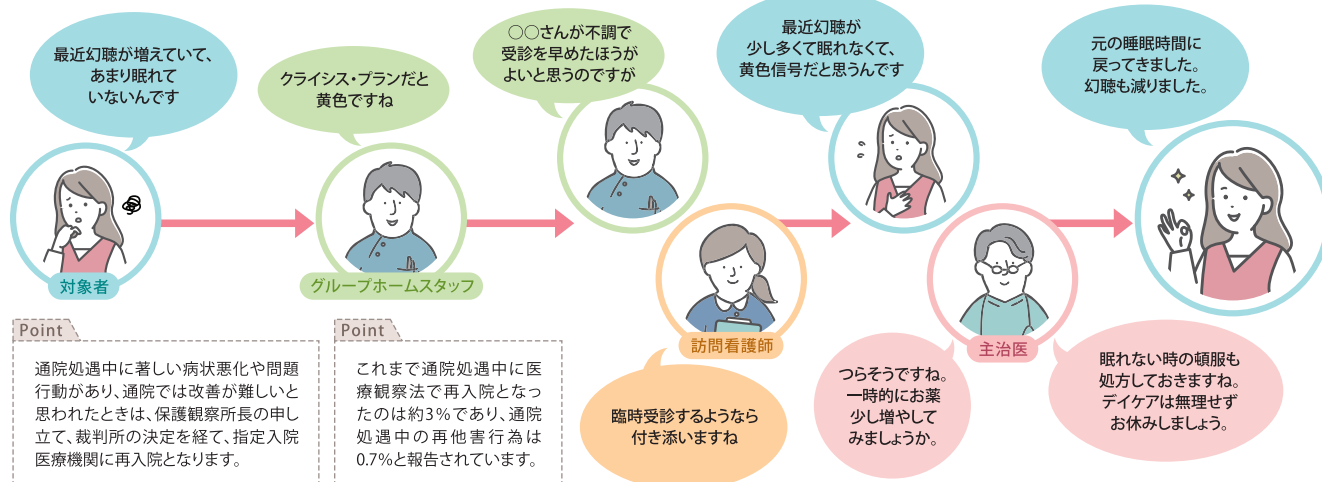
医療観察制度地域連絡協議会、医療観察制度運営連絡協議会

※それぞれの詳細は、名称で検索していただくか、地域の指定入院医療機関にお問い合わせください。
※オンデマンド研修に活用できる動画ライブラリーもあります（裏表紙リンク先参照）。この動画ライブラリーの中には、医療観察法に関する基本的事項、各職種・機関の役割、精神障がいやその治療法などの解説のほか、より実践的な内容や事例提示なども含まれ、随時更新されていきます。



対象者や本制度について不明なことがある場合、遠慮なく指定入院医療機関にお問い合わせください。
(通院処遇ガイドラインにも対象者について必要な情報を求めてよいことが記載されています。)

関係者で情報共有し、クライシス・プランに沿って対応します。緊急時の連絡先の一覧はあらかじめ作成され、関係者全員で共有します。



地域の支援機関は、医療観察法対象者を受け入れた際、一定の要件を満たした場合、加算が付きます。具体的な単位数は改訂されることがありますので、最新の情報は「[社会生活支援特別加算](#)」「[地域生活移行個別支援特別加算](#)」などで検索してください。

精神障がいを持つ対象者（終了後は「患者」）は、一般の精神医療・精神保健福祉を継続していく必要がありますが、処遇終了後は社会復帰調整官が支援から外れ、地域関係機関が支援の中心となります。この際、病識やアドヒアランスが十分ではなかったり、病状が十分安定していない患者では、問題が明らかとなってくることもあります。このような状況を予防するためにも、医療観察法の医療・支援は、「処遇が終わった後の生活に繋がっていくためもの」という対象者や支援者の意識が大切です。



引用・参考ウェブページ

厚生労働省ホームページ：医療観察法関連ページ



厚生労働省ホームページ：医療観察法の各種ガイドライン



法務省ホームページ：医療観察制度のページ



国立精神・神経医療センターホームページ：
医療観察法関連資料のページ
(医療観察法統計資料、通院処遇統計レポート)



NCNPチャンネル(国立精神・神経医療センターのYouTubeチャンネル)：
医療観察法支援者研修動画ライブラリー(公開リスト)

※限定公開リストのURL情報をご希望の方は
北海道大学病院附属司法精神医療センターまでご連絡ください
(shihou-seishin@huhp.hokudai.ac.jp)



国立精神・神経医療センターホームページ：
医療観察法支援者研修ページ
(上記動画ライブラリーの資料のダウンロード可)



日本精神保健福祉士協会ホームページ：
医療観察法対象者を受け入れて支援するための手引き



※ 本パンフレットに使用しているイラスト・写真はすべてイメージです