

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 の施行の状況についての検討結果

平成24年7月

法務省
厚生労働省

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15年法律第110号。以下「医療観察法」という。)は、平成15年7月10日に成立し、同月16日に公布され、平成17年7月15日から施行されている。医療観察法については、平成22年11月、医療観察法附則第4条の規定に基づき、施行日から平成22年7月31日までの間における施行の状況を国会に報告したところであるが、その後、法務省及び厚生労働省において、同条の規定に基づき、医療観察法の施行の状況について検討を行ったことから、その結果を取りまとめることにした。

第1 検討の経過

法務省及び厚生労働省では、医療観察法の運用の実情を十分に踏まえた検討を行う観点から、合同で、平成23年4月から平成24年3月までの間、8回にわたり、医療観察法の実務に携わっておられる方々を中心として、合計16名のヒアリングを実施した(注1)。

その上で、医療観察法附則第4条の規定に従い、法務省及び厚生労働省において、国会に報告した統計データ及びヒアリングの結果等に基づき(注2)、各方面からの御意見も参照しつつ、医療観察法の施行の状況について必要な検討を行った。

(注1) ヒアリングの経過は以下のとおりである。

- ① 平成23年4月27日実施
 - 法務省当局者(2名、医療観察法における審判や精神保健観察の状況等について報告)
- ② 同年6月1日実施
 - 厚生労働省当局者(医療観察法による医療の状況等について報告)
- ③ 同年7月7日実施
 - 精神保健審判員経験者
 - 鑑定経験者

- ④ 同年8月31日実施
 - 指定通院医療機関医師
 - 指定入院医療機関医師
- ⑤ 同年10月12日実施
 - 付添人経験者（3名）
 - 社会復帰調整官
- ⑥ 平成24年1月30日実施
 - 検察官
- ⑦ 同年2月27日実施
 - 刑事法研究者（3名）
- ⑧ 同年3月15日実施
 - 司法精神医学研究者

（注2）検討に当たっては、裁判官の執筆に係るものを含め、医療観察法に関する実務家や研究者の論文等を幅広く参照した。

第2 検討の結果

1 審判

(1) 医療観察法の施行後平成22年7月末までの約5年間に、当初審判において、入院決定がされた人員は合計1,078人、通院決定がされた人員は合計324人、不処遇決定がされた人員は合計303人となっている一方、申立ての却下決定がされた人員は合計60人（対象行為を行ったと認められない場合に該当するとされたものが6人、心神喪失者及び心神耗弱者のいずれでもないとする場合に該当するとされたものが54人）となっている。これを総決定人員1,765人に占める割合で見ると、入院決定人員が約6.1パーセント、通院決定人員が約1.8パーセント、不処遇決定人員が約1.7パーセント、却下決定人員が約3.4パーセントである。

次に、入院中の対象者に係る退院等の審判において、入院継続確認等決定がされた人員は合計2,102人、退院許可決定がされた人員は合計475人、処遇終了決定がされた人員は合計119人となっており、退院の許可等の申立てが不適法であるとしてこれを却下する決定がされた人員は合計24人となっている。なお、入院継続確認等決定人員が、当初審判における入院決定人員よりも多くなっているのは、入院の継続に当たっては6か月ごとに裁判所による継続確認の決定が必要となることなどから、同一人について複数回の決定がなされることがあるためである。

通院中の対象者に係る処遇終了等の審判については、通院期間延長等決定がされた人員は合計13人、処遇終了決定がされた人員は合計138人となっ

ている一方、再入院の決定がされた人員は10人となっている。

なお、医療観察法による処遇終了後に再被害行為に及び、再度検察官による申立てがなされた人員は、平成24年3月末までに把握している限りでは、2人である。

(2) ヒアリングにおいて指摘がなされた個別的な事項に関する取組状況や検討結果は、次のとおりである。

ア 審判の申立てに関する事項（注3）

ヒアリングでは、審判の申立ての前提となる検察官による責任能力の判断や、その判断の基礎となる捜査段階における精神鑑定について、評価や診断の差異が大きいのではないかと指摘がなされた。

捜査段階の鑑定については、最高検察庁において、裁判員裁判を念頭に置き、精神鑑定書の書式のサンプルを作成し、このサンプルが実際の鑑定に広く活用されているところ、このような取組は鑑定における判断の統一性の確保にも資するものと考えられる。また、検察官において一層的確な責任能力判断を行うことができるようにする観点から、法務省や最高検察庁の主催する会同や研修等において、精神医学に精通した医師等を招くなどして、精神医学に関する理解を深めたり、精神科医との共同の研究会を開催するなどの取組を行っている。さらに、具体的事件においては、検察官において、過去の実績等を踏まえて適切な鑑定人を選任し、鑑定人との連携を密にしながら、必要かつ十分な鑑定資料の提供を行うなど、鑑定の適正化に努めている。

検察官が医療観察法による審判の申立てをした事件のうち、裁判所が完全責任能力を認定して申立てを却下した事件の割合は約3パーセントであり、これらの取組は一定の成果を上げてきているものと考えられ、引き続き、推進していくことが重要である。

（注3）なお、検察官による申立てについては、対象行為が傷害行為である場合には、傷害が重大であったり、被害者が死亡に至ったときに限って申立てを行うこととすべきであるとの提案や、対象行為から相当期間が経過した後に申立てがなされ、対象者の治療改善に支障を生じている例があるとの指摘もなされている。

このうち、傷害が軽い場合の取扱いについては、医療観察法33条3項において、検察官は、傷害が軽い場合であって、当該行為の内容、当該対象者による過去の被害行為の有無及び内容並びに当該対象者の現在の病状、性格及び生活環境を考慮し、必要がないと認めるときは、申立てをしないことができると規定され、「傷害が軽い場合」か否かは、加療期間のほか、傷害の種類、内容等をも考慮して社会通念により決められるものと解されている。これまでの事案

を見ると、検察官は、傷害の加療期間が比較的短い場合においても、傷害の種類や内容等のほか、凶器使用の有無を含めた行為態様の悪質性、対象者の病状や医療の状況など、同項所定の事情を考慮した上で、申立ての要否を適切に判断するように努めており、総じて法の趣旨に沿った運用がなされているということができる。

また、対象行為から相当期間が経過した後に申立てが行われ得るのは、いわゆる在宅事件において、対象者が対象行為に及んだ後に措置入院等となり、退院した後に検察官による不起訴処分と審判の申立てが行われるようなケースであると思われるが、この点は、検察当局において、警察等の関係機関と連携しつつ、事件の早期処理に努めることにより、改善が図られてきているところである。

イ 鑑定入院及び鑑定に関する事項

鑑定入院については、対象者等に医療観察法による医療の必要性が明らかでないことを理由とする鑑定入院命令の取消請求権を認めるべきである、鑑定入院中の医療や処遇の在り方に関する検討を深めて必要な法整備を行うべきであるなどの指摘がなされた。また、医療観察法による鑑定についても、捜査段階の鑑定と同様、診断や医療の必要性等に関する判断に十分な統一性がないとの問題意識が示された。

まず、鑑定入院に関する指摘のうち、鑑定入院命令の取消請求権の点については、医療観察制度の趣旨からすると、医療の必要性は、本来の審判手続において、裁判官及び精神保健審判員の合議体によって審理・判断されるべき事項であり、医療の必要性がないことが判明した場合には、基本的に、医療観察法による医療を行わない旨の決定をするべきであると考えられる上、平成21年8月7日の最高裁判所決定においても、一定の場合には、裁判所は職権で鑑定入院命令を取り消すことができ、対象者等はその職権発動を促すことができるものとされていることなどから、これを認める必要性は乏しいと考えられる。鑑定入院中の医療や処遇の点については、例えば、対象者の同意を得て行う医療について、「鑑定その他医療的観察」という鑑定入院の目的に反しない限り、鑑定医や鑑定入院医療機関の医師の判断で行うことができると解されているなど、現行法上も対応が可能であることに加え、医療観察制度全体における鑑定入院の位置付けにも関わる事柄でもあることから、引き続き、実務の状況等を見ながら、検討を行うのが相当であると考えられる。

次に、医療観察法による鑑定については、これまでも、厚生労働省の作成するリストに基づいて鑑定入院医療機関が指定され、当該医療機関から

鑑定人が選ばれるのが通常の運用となっている上、裁判所によっては、裁判官、精神保健審判員及び鑑定人等がカンファレンス等で疑問点や問題意識等について意見を交換するといった運用が行われているほか、精神保健審判員に対し精神鑑定に関する研修（注4）も行われるなどしているところであるが、引き続き、判断の適正化に向け、関係機関等が創意工夫を重ねていくことが求められる。

（注4）精神保健審判員は、地方裁判所において、厚生労働省が作成する精神保健判定医の名簿から任命される制度であるが、厚生労働省において、精神鑑定の研修が含まれている精神保健判定医等養成研修を終了した者のみ精神保健判定医の名簿に掲載している。

ウ 裁判所による処遇の選択等に関する事項

医療観察法による処遇等の要件に関しては、平成19年7月25日の最高裁判所決定（注5）を踏まえて、これに批判的な立場から、医療観察法による処遇等の対象を一般精神科医療では対象者の社会復帰を十分に促進することができない場合に限定すべきであるなどの見解も示された。このような見解は、医療観察法による医療と一般精神科医療との分担の在り方等の問題意識を背景に有するものであると考えられるが、医療観察法による医療の提供体制等に関連して主張されている側面がある上、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者については、国の責任において手厚い専門的な医療を統一的に行うとともに、継続的かつ適切な医療を制度的に確保することにより、その円滑な社会復帰を促進することが特に必要であるという、医療観察制度の基本的な趣旨にも関わる事柄でもあることから、引き続き、運用の実情を注視しつつ、必要に応じて、検討を行うことが相当である。

（注5）平成19年7月25日最高裁判所第二小法廷決定は、「医療観察法の目的、その制定経緯等に照らせば、同法は、同法2条3項所定の対象者で医療の必要があるもののうち、対象行為を行った際の精神障害の改善に伴って同様の行為を行うことなく社会に復帰できるようにすることが必要な者を同法による医療の対象とする趣旨であって、同法33条1項の申立てがあった場合に、裁判所は、上記必要が認められる者については、同法42条1項1号の医療を受けさせるために入院をさせる旨の決定、又は同項2号の入院によらない医療を受けさせる旨の決定をしなければならず、上記必要を認めながら、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による措置入院等の医療で足りるとして医療観察法42条1項3号の同法による医療を行わない旨の決定をすることは許されない」と判示している。

2 入院処遇

(1) 医療観察法の施行後平成22年7月末までの約5年間に入院処遇の決定を受けた者の数は1,088人であり、同月末現在、入院による医療を受けている者の数は480人で、その入院決定時における主病名は統合失調症圏(注6)が84.4パーセントと大部分を占める。

入院処遇の決定を受けた者のうち、同月末までに退院した者の数は608人であり、その平均在院日数は574日である。

また、指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に入院している者を、当該指定入院医療機関に勤務する医師又は看護師による付添いその他の方法による医学的管理の下に、当該指定入院医療機関の敷地外に外出させることができることとされており、同月末までに敷地外に外出した事例の件数は延べ7,747件である。同様に、指定入院医療機関の管理者は、当該指定入院医療機関に入院している者を、当該指定入院医療機関に勤務する医師又は看護師による付添いその他の方法による医学的管理の下に、1週間を超えない期間を限り、当該指定入院医療機関の敷地外に外泊させることができることとされており、同月末までに敷地外に外泊した事例の件数は延べ1,466件である。

なお、保護観察所の長は、指定入院医療機関、関係自治体等と連携して、円滑かつ効果的に退院後の生活環境の調整を実施している(後掲3参照)。同月末までに生活環境の調整が実施された人員は1,088人である。

入院による医療については、指定入院医療機関における多職種チームが対象者ごとに治療計画を作成した上で提供し、地域の医療、保健、福祉関係者及び社会復帰調整官との連携も図られている。当該医療の質を確保するため、病棟内で定期的に治療評価会議(注7)及び運営会議(注8)が開催され、治療方針が確認・決定されているほか、外部委員を加えた倫理会議(注9)及び外部評価会議(注10)が開催されている。

医療観察法における医療に関しては、厳格・詳細な手続が設けられているが、それによって医療の客観性、透明性が確保され、治療内容について対象者及びその家族に対して十分な説明が行われ、適切な治療法が選択されている。

対象者の同意によらない医療については、倫理会議においてその要否等を検討し、医療の客観性、透明性を確保しており、緊急性のある場合においても事後に報告、評価が行われている。

(注6) 精神障害の診断名は、世界保健機構(WHO)が定めた国際疾病分類(ICD-10)「精

神および行動の障害」に基づき分類し、その中の統合失調症及びそれに類する疾患である「統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害」を取りまとめて統合失調症圏としている。

(注7) 治療評価会議は、治療の効果を判定するために定期的に入院対象者の評価を行うための会議で、原則として週1回開催する。

この会議は、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、社会復帰調整官や対象者本人も参加する。

(注8) 運営会議は、病棟の運営状況について報告聴取し、運営方針を決定したり、全入院対象者に共通の治療指針や緊急性評価の基準を策定したり、入院対象者それぞれについて状態報告と今後の治療方針の確認を行うための会議で、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者について報告聴取し、治療の進展度合いを確認する。

指定入院医療機関の管理者の主催で1か月に1回は開催し、重大事故など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。

(注9) 倫理会議は、入院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行為を継続している入院対象者に関して報告聴取し評価を行ったり、緊急的に実施された同意によらない治療行為について報告聴取し、事後評価を行ったり、麻酔薬など強力な鎮静剤の投与を行った場合について報告聴取し評価をするための会議で、指定入院医療機関の管理者の主催で原則として月2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1名以上を招へいする。

(注10) 外部評価会議は、病棟の運営状況や治療内容に関する情報公開を受けてその評価を行うことで、病棟運営の透明性を確保するための会議で、指定入院医療機関の管理者主催で年2回程度開催する。

精神医学の専門家・法律に関し学識経験を有する者・自治体関係者の外部委員各1名以上を招へいする。

(2) ヒアリングにおいて指摘された個別的な事項に関する取組状況等は、以下のとおりである。

ア 医療の質の向上等に関する事項

ヒアリングでは、入院期間の長期化への対応や、指定入院医療機関の医療の質の向上を図ることが課題であるとの意見があった。

これらの意見については従来から指摘されていたことから、指定入院医療機関の医療従事者に対する研修に加え、平成24年度からは、医療の質の向上を図り、入院対象者の早期の社会復帰を実現するため、指定入院医療機関が他の指定入院医療機関の医療従事者を招き、互いに技術交流を行う事業を開始した。また、平成24年度医療観察診療報酬改定(注11)において、対象者の早期社会復帰に向けた所要の措置を講じたところである。

(注11) 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83条第2項の規定による医療に要する費用の額の算定方法(平成17年

厚生労働省告示第365号)の一部を改正(平成24年厚生労働省告示第242号)した。

イ 指定入院医療機関の整備に関する事項

指定入院医療機関が設置されていない地域に居住する対象者は、他の地域の指定入院医療機関に入院せざるを得ず、家族との面会や、見知らぬ地域での生活に関することについて不安を感じる対象者も多いのではないかと意見があった。

指定入院医療機関の整備については、計画的に進めており、国全体として必要な数の指定入院医療機関を確保することになっている。現在、新たに3県で指定入院医療機関の整備が計画され、その結果、合計28都府県で整備されることとなっているが、厚生局管内という範囲で捉えると整備計画の見通しのない地域があることから、そのような地域においても指定入院医療機関を整備することができるよう努めていく。

ウ その他の事項

そのほか、指定入院医療機関の在り方として、対象者の病状に応じて開放の程度が異なる施設があってもよいのではないかと意見や、対象者の社会復帰のために対象者を外泊させるに当たって、現在は指定入院医療機関から対象者の居住地までスタッフが付き添っているところ、対象者のみの外出・外泊を行い対象者の行動、日常生活能力、社会生活能力を評価・訓練する必要もあるとの意見等もあったが、入院による医療が必要とされている対象者であることを考慮した場合、開放処遇や対象者単独での外泊訓練を実施することには極めて慎重な検討が必要と考えられる。

3 地域社会における処遇

- (1) 医療観察法の施行後平成22年7月末までの約5年間に、地域社会における処遇が実施された人員は799人となっており、このうち、通院決定を受けた人員は324人、退院許可決定を受けた人員は475人となっている。同月末現在、地域社会における処遇を実施していた人員は520人、医療観察法の施行後同月末までの間に地域社会における処遇を終了した人員は279人となっている。このうち、法定期間の満了により終了した人員は104人、法定期間の満了前に処遇終了決定がされたことにより終了した人員は138人、保護観察所長の申立てにより再入院の決定がされた人員は10人となっている。

入院対象者については、その社会復帰の促進を図るため、保護観察所に配置された社会復帰調整官が、対象者や家族等の相談に応じ、地域生活において対象者が必要となる援助を受けることができるよう、あっせんするなどして、退院後の生活環境の調整を実施している。

地域社会における処遇は、保護観察所長が、通院対象者について、指定通院医療機関、都道府県、市町村その他地域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して定めた処遇の実施計画に基づき、指定通院医療機関による通院医療、保護観察所の社会復帰調整官による精神保健観察、及び都道府県、市町村、障害福祉サービス事業者等による援助を行うことにより実施されている。

通院医療については、指定通院医療機関内の多職種チームが、対象者ごとに個別の治療計画を作成し、地域の医療、保健、福祉関係者及び社会復帰調整官と連携を図りながら提供している。また、対象者の精神症状の一時的な悪化に備え、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。以下「精神保健福祉法」という。）の規定に基づく入院も含めた危機介入の計画を個別に立てている。

精神保健観察においては、社会復帰調整官が対象者と適度な接触を保ち、通院医療の確保に向けた見守りや指導等を行うほか、保護観察所長は、入院による医療が必要と認める場合には、指定通院医療機関の管理者と協議を行うなどして、裁判所に対して再入院の申立てを行っている。

援助は、精神保健福祉法、障害者自立支援法（平成17年法律第123号）等に基づき、都道府県、市町村、障害福祉サービス事業者等が、対象者の希望・意向を踏まえて、社会復帰に必要なサービスを提供することなどにより実施されている。

このように多くの機関、団体等が関与する地域処遇が、処遇の実施計画に基づいて適正かつ円滑に実施されるよう、保護観察所長は、都道府県ごとに運営要領を作成して運営連絡協議会を開催するなどして、平素から本制度の処遇に関与する関係機関の緊密な連携の確保に努めている。

(2) ヒアリングにおいて指摘された個別的な事項に関する取組状況等は、以下のとおりである。

ア 入院対象者の住居、受入れ先の確保に関する事項

入院対象者の家族等が対象行為の被害者であり、家族等の下に帰れないなどその協力が得られない事例が多い一方、グループホーム等の精神障害

者が利用できる社会資源の不足や対象者の受入れをちゅうちょする傾向、賃貸住宅で单身生活を行う場合には保証人の確保が困難であるという問題等があり、入院対象者の受入れ先及び住居確保が容易でないとの指摘がなされた。

こうした対象者の生活環境の調整は容易でないことが多いが、厚生労働省においては、グループホーム等において、対象者を受け入れて地域で生活するために必要な相談援助や個別支援を行った場合の報酬上の加算措置を設けるなど、対象者の受入れの促進を図っている。また、保護観察所においては、上記の運営連絡協議会、地域連絡協議会、精神保健・障害福祉分野の関係機関・団体等に対する研修、協議の機会を活用し、対象者を受け入れ、その生活を支援する担い手の開拓・確保を図っている。

これらの取組に当たっては、障害者自立支援法等の一部改正に伴い、平成24年度から、地域における障害者への相談支援の充実が図られ、医療観察法の対象者を含めた精神科病院の入院患者の退院の促進を図る地域相談支援が本格的に実施されることを踏まえ、地方公共団体、相談支援事業者、自立支援協議会等との実効ある連携を図り、入院対象者の円滑な地域生活への移行と定着を推進する観点が重要である。今後とも、これらの取組の状況を把握しつつ、更に効果的な住居、受入先等の確保策について検討し、順次実施していくことが必要と考えられる。

イ 指定通院医療機関に関する事項

通院対象者については、必ずしも居住している地域に指定通院医療機関がなく、指定通院医療機関が対象者の居住地から遠い場合には、通院のための交通費の負担等から、通院等の継続意欲の低下を招くおそれもあるため、住み慣れた地域から容易にアクセスできる範囲に指定通院医療機関を確保する必要があることや、大都市部における指定通院医療機関の不足について、指摘がなされた。

指定通院医療機関の指定については、関係機関に協力を求めるとともに、地方厚生局、保護観察所、都道府県等の関係機関が連携し、指定通院医療機関の確保に努めており、引き続き取り組んでいく必要があると考えられる。

他方で、指定入院医療機関と指定通院医療機関の人的配置の違いが大きく、現状では、指定通院医療機関は体制、専門性ともに十分とはいえない場合もあるとの意見があった。また、指定通院医療機関での対象者の受入

れについて、当該対象者が入院していた医療機関からの情報提供が十分でないことがあるとの指摘や、通院処遇中の対象者について、精神保健福祉法上の入院の判断が指定通院医療機関の医師に委ねられ、責任が重い、ケア会議への出席等に膨大な時間を取られ、業務の負担が大きい割に手当が少ないなどの指摘もなされた。

これらの通院医療についての意見については、従来から指摘されていたことから、平成24年度医療観察法診療報酬改定で、次のような措置を講じた。すなわち、基本的には、①指定通院医療機関の体制強化を図るため、人員配置に係る中期及び後期通院対象者の通院対象者社会復帰体制強化加算の評価の引上げ、②入院医療機関からの通院決定前の情報収集に係る通院医学管理事前調整加算の評価の引上げ、③負担感の大きいケア会議参加に係る通院医学管理情報提供料加算の評価の引上げ等の改正を実施し、併せて、事務作業を軽減する見直しを実施し業務の軽減を図ったところである。また、指定通院医療機関の専門性の向上を図る観点から、毎年、指定通院医療機関の従事者の研修を実施しており、引き続き、医療水準の向上に努めていく必要がある。

ウ 保護観察所における医療観察実施体制の整備に関する事項

医療観察事件の増加に伴い、社会復帰調整官1人当たりの事件数が極めて多くなっている庁、いまだ社会復帰調整官が1人しか配置されていない庁があるが、それらの保護観察所では、入院中の対象者の退院に向けた生活環境の調整、病状悪化等緊急時への対応や関係機関との緊密な連携の確保等の業務を十分に行い得ないのではないかとの指摘がなされた。

社会復帰調整官の全国の配置定員数は、医療観察法施行時の56人から順次増員措置がとられ、平成23年度には137人に至っているが、今後、事件数の増加が見込まれることや対象者の社会復帰を促進する取組を一層充実させる必要があることから、引き続き、医療観察業務の業務量の動向等を踏まえ、必要な社会復帰調整官の確保に努めるなど、医療観察実施体制の整備を図っていく必要があると考えられる。

第3 まとめ

医療観察法の審判については、これまでの決定例における判断の傾向を見る限り、病状の改善及びこれに伴う再他害行為の防止を図り、対象者の社会復帰を促進するという観点から、対象者にとって適切な処遇の選択が探求されてい

ることができる。医療観察法の立法当時には、医療の必要性を離れて、広く治安維持目的による対象者の身体拘束が行われるのではないかと懸念も一部から示されていたところであるが、実務においては、対象者の社会復帰の促進という法の趣旨に即した適切な運用に努めており、そのような懸念は次第に払拭されてきているものと考えられる。

入院による医療については、指定入院医療機関において、多職種チームが、対象者ごとに治療計画を作成した上、各対象者に応じた適切な医療を提供している。指定入院医療機関においては、病棟内で定期的に治療評価会議及び運営会議を開催して、治療方針の確認・決定を行い、適切な治療法を選択することなどにより、医療の質を確保するとともに、外部委員を加えた倫理会議及び外部評価会議の開催によって、医療の客観性、透明性を確保するよう努めている。また、対象者の社会復帰を促進するため、入院段階から、地域の医療、保健、福祉関係者及び社会復帰調整官との連携が図られている。

地域社会における処遇については、指定通院医療機関による医療、社会復帰調整官による精神保健観察及び都道府県等の関係機関による援助が、処遇の実施計画に基づいて的確かつ円滑に実施されてきている。その結果、対象者の大部分は、病状が改善され、期間満了又は処遇終了決定により、社会復帰に向けて、生活地域における精神保健と障害者福祉による支援体制が整った状態で、医療観察法による処遇を終了することができているといえる。

以上からすると、これまでのところ、医療観察法の施行状況はおおむね良好であり、総じて、医療観察制度は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、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、その社会復帰を促進するという目的に照らし、有効に機能しているものと考えられる。そのため、現時点において、早急に医療観察法を改正すべきものとは認められない。もっとも、医療観察制度の現状に関してはいくつかの課題も指摘されていることから、法務省及び厚生労働省においては、医療観察法のより適切な運用を図るため、今般の検討結果をも踏まえて、引き続き、必要な取組を進めていく。