

対象者の社会復帰を反映する項目の重要度付けと、権利擁護を明確にする評価基準の調整を行う必要性がある。

## 2) 諸外国におけるプログラムモデル

諸外国における重度精神障害者に対する地域生活支援に係わる fidelity measures の構成要素を検討するため、Dartmouth assertive community treatment scale<sup>34)36)</sup> と Integrated dual disorders treatment fidelity scale<sup>21)</sup> の両者を表3に整理した。これらの研究においては、人的資源や専門治療に関する評価基準や測

定項目の妥当性が確認されており<sup>18)</sup>、わが国においても包括的に処遇プロセスを評価する必要性があると思われた。

## 3) 医療観察制度における fidelity index

通院医療機関および保護観察所における支援の構成要素に対し、先行研究における実務で利用されている測定項目を追加し、医療観察制度の処遇に係わる fidelity index を作成した(表4)。

本制度に fidelity measures を導入し、通院医療機関および保護観察所における処遇データ

表4 医療観察制度による地域社会における処遇に関する fidelity index (案)

### I 人的資源・組織

項目	定義(通院医療機関)	定義(保護観察所)
組1 人的資源	多職種(精神科医・看護師・精神保健福祉士・心理士・作業療法士)を含むチームを組織し、常時1:1以上で対応する。	社会復帰調整官を配置し、対象者との人数比を20:1以上とする。
組2 地域における接触	訪問看護を、2回/週(1回あたり1時間)以上で行う。	訪問による面接を、1回/週(1回あたり1時間)以上で行う。

### II 評価・支援計画

評1 対象者に関する評価および生活環境の調査	通院開始後(2週・1カ月)、および3カ月ごとに、多職種により以下の評価を行う。 ・行動の経過 ・治療への反応	通院開始後(2週・1カ月)、および3カ月ごとに、以下の内容を含む評価を行う。 ・精神保健福祉サービス ・家族および被害者の状況
評2 リスクの評価と管理	通院開始後1カ月ごとに、以下の内容を含むリスクの評価を行う。 ・疾病の状態 ・疾病と触法行為との関係	通院開始後6カ月ごとに、以下の手続きを経て、調整方針の策定を行う。 ・居住地域に関する希望の聴取 ・必要な保健福祉の措置のあっせん

### III 専門治療

治1 包括的な支援	薬物療法・精神科看護に加え、心理療法・作業療法を直接提供する。	対象者のケアマネジメント、居住・労働にかかる支援を提供する。
治2 障害の程度に応じた介入I	以下の目標を達成するための介入を行う。 (前期通院治療:1~6カ月) ・通院行動および薬物コンプライアンス (中期通院治療:7~24カ月) ・支援者との対人関係の安定 (後期通院治療:25~36カ月) ・地域社会での役割行動の安定	(未定項) ・生活費など経済的な安定 ・居住環境の定着 ・摂食行動の安定、および金銭管理 ・交通機関や公共機関等の利用 ・就労など、日中の活動の場の提供
治3 心理教育プログラムの実施	疾病および触法行為への対処技能に関する心理教育プログラムを、直接提供する。	対象者の保護者および被害者に対するケアに関し、相談体制の整備を行う。

## IV 連 携

連1 ケア会議の実施	通院医療機関・保護観察所・都道府県・市町村・対象者等は、1回/月以上参集し、地域社会における処遇実施計画の見直しを行う。
連4 関係機関との連携	地域精神保健福祉との連携のため、以下の資源等の利用を促進する。 ・精神科デイケア ・精神障害者社会復帰施設 ・グループホーム等の居住施設

## V 緊急時対応

緊1 積極的な介入	地域における処遇を確実にするため、通院医療機関および保護観察所では24時間対応しており、必要に応じて、積極的に介入する。
-----------	--

## VI 権利擁護

権1 個人情報の管理	対象者の社会復帰を促進するため、以下の手続きを経て、関係機関との情報共有を行う。 ・開示可能な対象および範囲の設定 ・開示における対象者の同意
権2 インフォームドコンセント	通院治療への動機付けを行うために、地域処遇の実施計画等の策定にあたっては、対象者および保護者の意見を聴取し、同意を得る。

## VII 制度運用

制1 処遇の終了および延長の申立て	本制度による処遇の終了を必要とする場合に、通院医療機関では、多職種による評価に基づく意見を通知する。	保護観察所では、対象者の状況を直接確認し、対象者にその理由を説明したうえで、関係機関との協議を経て申立てを行う。
制2 精神保健福祉法による対応	緊急時の対応において、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。	

を定期的に管理することによって、一定のサービス基準を維持したり、監査指導等に援用したりすることが可能であると思われる。しかし、そのための情報収集やデータ管理の具体的方法は課題として残される。また、支援効果との関連を検討することにより、社会資源の開発や地域格差の調整にも寄与すると思われる。今後は、指定通院医療機関と保護観察所においてパイロット調査を実施し、実務上重要な要素を抽出していく予定である。

## 6. 研究デザインと対象の拡大

1の4)で述べたように、心神喪失者等医療観察法のモニタリング研究のデザインは、原則として、コントロール群を設定しないシングル・コホート調査となる。しかし、様々なコントロール群を設定することで、心神喪失者等医療観察法の制度運用の評価を多角的に行う可能性

も残されている。ここでは、試案として、実現可能性のあるいくつかのコントロール・スタディを列挙し、それぞれの研究デザインにおける利点・欠点について検討したい。

## 1) 旧制度対象者1

東京医科歯科大学難治疾患研究所の1994年以降の検察官に通報された触法精神障害のデータ・ベースを利用し、この旧制度（現行制度）利用者をコントロール群として設定する。この場合、新制度と旧制度を単純に比較評価することができる。この場合、デザインの設定自体は容易であるが、旧制度利用者の情報量が限定的で、人口統計学的な静的変数しか利用できないという欠点がある。

## 2) 旧制度対象者2

心神喪失者等医療観察法施行前より、旧制度の検察官通報対象者について同様の項目でコ

ホート調査を行い、これをコントロール群として設定する方法である。この方法では、シングル・コホートのモニタリング研究と同等量の動変数を得ることができ、1) よりも詳細な情報をもとに新制度の評価が可能である。しかし、心神喪失者等医療観察法施行まで残された時間が限られていることを考えると、困難がある。

### 3) 心神喪失者等医療観察法非対象者

心神喪失者等医療観察法施行後、検察官申立てにより鑑定入院となりながら、医療の必要性はないと判断され、同法の非対象者とされた者をコントロール群として設定し、同様の項目でコホート調査を行っていく方法である。この方法は、対象者の選定状況を評価し、対象者および非対象者の予後を調査するうえできわめて有効な研究デザインであるが、非対象者を追跡調査すること自体に困難さがあり、倫理的な問題も課題として残される。

### 4) 内部コントロール

1の4)で述べたように、モニタリング研究は観察調査の形態をとるため、介入研究のように内部にコントロールをおいて実験調査を行う余地はない。しかし、evidenceの確立していない治療方法の効果を評価する場合などは、RCTのような研究デザインで、同意を得たうえで調査を行うことが望まれる。しかし、この場合、モニタリング研究とは別の研究デザインのなかで調査が進められるべきであろう。人的、経済的にも大きな負担が予想される点が問題である。

## 7. モニタリング研究における課題

モニタリング研究の課題として、informed consentなどの倫理的・法的な問題が残されている。一方で、モニタリング研究の目的には、政策的ないし公的側面があり、その実施において果たして対象者の同意が必要かどうかという疑問もある。

英国の場合、1999年12月、控訴院 Court of Appealにおいて、調査の目的で患者の情報を使用する場合、それが匿名化されている場合に

おいては、個々の患者から同意を得る必要はないとの判決が下された<sup>25)</sup>。

わが国では、平成15年7月16日、厚生労働省の告示第255号において、「臨床研究に関する倫理指針」が規定されたが、とくに、匿名化された患者情報の利用の際の同意についての指針は記されなかった。おそらく、各研究機関に設置された倫理審査委員会での個別判断に委ねられるべき問題と解釈されると思われる。

モニタリング調査は、3や6で述べたように、対象者がID等で匿名化された観察調査である限りにおいては、倫理審査委員会においても、英国の控訴院での判決のような解釈が適用されるものと思われる。しかし、モニタリング調査が、6の4)で述べたような、内部コントロールを設置した実験調査の要素が生じてくれば、被験者からの同意は必須となるであろう。

## 8. 強制通院治療制度について

心神喪失者等医療観察法の目的である対象者の社会復帰が達成されるか否かは、地域で、期間満了後、あるいは処遇終了後の医療を、どのように確保するかにかかっており、医療の継続が確実にスムーズに行われるようなシステム作りが必要となる。たとえば、欧米諸国では、司法患者、一般患者の双方に、外来での強制治療を命じる制度が導入されており、わが国でもこのような制度から学ぶべき点は多いと思われる。ここでは、その一例として、カリフォルニア州の各制度を紹介し、米国の類似の制度に対する臨床研究の成果を検討しつつ、問題点を整理したい。

### 1) 司法患者への強制外来治療制度

カリフォルニア州で精神科の治療処分が命じられる患者は、主に、①訴訟無能力者、②責任無能力者、③受刑者、④精神障害犯罪者、⑤暴力的性犯罪者の5つに分類される。これらの、いわゆる司法患者は、入院治療後、あるいは入院治療を経ずに直接、CONREP (Forensic Conditional Release Program) と呼ばれる司法仮退院プログラムに付され、社会復帰が目指される。外来治療への移行手続き、治療期

間等については、対象者の人権を保護する見地から、カリフォルニア州刑法典 (California Penal Code. 以下、PC) に詳細な規定がある。

CONREP とは、入院治療後も継続的な治療を行うことを目的に開始された司法患者 (forensic patients) ・仮釈放者のための特別な外来治療・監督システムであり (カリフォルニア州福祉施設法典 (California Welfare and Institution Code. 以下、WI 4360(a)), 1986年に開始された。カリフォルニア州精神保健局 (State Department of Mental Health) の管轄の下、州の精神保健局が直接に、または精神保健局と委託契約を結んだ郡の精神保健局、民間団体がプログラムの運営を行っている。運用資金は、カリフォルニア州精神保健局が拠出する (WI 4360(b))。CONREP の対象とされるのは、重罪を犯した、あるいは重罪に該当する行為を行った者であり、CONREP の下で、外来による服薬指導、個人セラピー、グループセラピーなどを受け、旅行制限、夜間外出禁止、運転禁止などの条件に服する。外来治療中に、(更なる) 入院治療が必要と認められれば、裁判所の審理を経て入院が命じられる (PC 1608)。また、検察官が、外来では他害の危険があると判断した場合にも、裁判所により入院治療が命じられうる (PC 1609)。

なお、各 CONREP の責任者は、地域プログラム責任者 (community program director) と呼ばれ州の精神保健局によって任命される (PC 1605(a))。地域プログラム責任者は、精神科医、認定サイコロジスト (licensed psychologist)、認定臨床ソーシャルワーカー (licensed clinical social worker)、マリッジ・ファミリーセラピスト (marriage & family therapist)、または修士の学位を有する精神科看護師 (psychiatric nurse) のいずれかであることを要する。

ここでは、責任無能力とされ CONREP に付された患者のデータを、参考までに紹介する。2002年の統計によれば、CONREP の治療開始後1年目のうちに、入院治療に戻された患者の

割合は 17.0% であった。症状の悪化、治療条件の不遵守に対しては、迅速な対応がとられ再入院となるため、CONREP の治療開始後1年目で再逮捕された者の割合は 5% とのことである。また、CONREP による治療を受けた患者の約 80% は、CONREP の治療終了後4年を経過した時点でも再逮捕されるような行為を行ってはいない<sup>9)</sup>。

2) 一般精神医療における強制外来治療制度  
カリフォルニア州は、1999年に成立したニューヨーク州のケンドラ法 (Kendra's Law) をモデルとして、2002年に強制外来治療制度を規定するローラ法 (Laura's Law, WI 5345以下) を制定した。この制度は、入院治療後のアフターケアとして、あるいは、入院に代わる措置として、裁判所が、精神病に罹患した患者に対してインテンシブな外来治療を受けるよう命令するものである。病識が欠如していたり、サポートが必要な患者に外来治療を強制することで、治療・服薬の中断を防ぎ、できる限り地域で生活させることを目的とする。上述した CONREP による治療を終了した者についても、治療中断がみられる場合には、この制度により強制外来治療を施すことも可能となる。

制度の概要は以下のとおりである。

まず、制度の対象となるためには、患者は、原則として次のすべての条件を満たさなければならない (WI 5346(a))。

- ・18歳以上で精神病に罹患している。
- ・地域での監督なくしては安全に生活できない。
- ・過去に治療を中断したことがあり、かつ、その精神病のために、過去36カ月の間に少なくとも2度以上、入院させられるか、ジェイル、刑務所に収容されたことがある。あるいは、過去48カ月以内に、重い自傷他害行為、またはその未遂に至ったことがある。
- ・郡の精神保健局から自発的に治療を受ける機会を与えられながらも、治療を受けていない。
- ・症状がかなり悪化している。

- ・自傷他害の重大な危険に至らないため、自らの基本的なケアもできないような状態に陥らせないために、強制外来治療が必要である。
- ・強制外来治療を受けることのメリットがある。
- ・強制外来治療が、患者の回復と安定を確保するために必要な最小制限の方法である。

強制外来治療の申立てを裁判所に対して行えるのは、郡の精神保健部長だけであるが、患者の同居人や両親、配偶者、兄弟、子供などは、成人であれば、郡の精神保健局に申立てのための調査を依頼することができる。審理において、裁判所は関係者の証言を聞き、必要があれば鑑定も行う。患者は、審理において弁護人を選任することができる（WI 5346(d)(4)(C)）。裁判所が、審理の結果、明白かつ説得的な証拠によって、患者が強制外来治療の要件を満たしていること、そして、それが考える最小制限の方法であることを認めれば、患者には6月を限度とした強制外来治療命令が言い渡される。命令には、患者が受けるべき治療の内容も記載される。

強制外来治療命令は、更新の申立てが裁判所になされ、要件を満たしていると認められれば、180日を限度として更新が可能である（WI 5346(g)）。命令の不遵守だけでは、自動的な民事収容には至らないし、法廷侮辱罪も構成しない（WI 5346(f)）。その場合、患者が民事収容の要件を満たしていれば、通常の手続きに従って民事収容が行われる。

カリフォルニア州では、この制度は2003年1月1日に施行されたばかりであり、効果に関する実証的なデータは発表されていない。ただ、モデルとするニューヨーク州のケンドラ法下では、強制外来治療命令前と、発令後の患者の状態を比較した結果、セルフケア、地域での生活、対人関係機能が向上し、再入院、逮捕、矯正施設への収容率、危険行動が減少したと報告されており、同様の効果が期待されている。なお、今のところ、カリフォルニア州で、この強制外来治療制度を導入できるのは、WI 5348

が規定するインテンシブなサービスを提供できる郡だけであり、この制度に関する費用は、郡の予算から拠出される。未導入の郡においては、関係者による制度導入のための働きかけが積極的に行われている。

### 3) 米国の強制外来通院治療に関するエビデンス

カリフォルニア州での例も含め、米国の強制外来通院には大きく、一般精神障害者を対象とした強制的な外来通院委託と司法患者を対象とした精神保健治療裁判所の2つの形態があることが知られている。これらの制度の是非については、最近、RCTで多数の検証が行われている。今後、モニタリング調査を実施していくうえでどのような形でエビデンスを示していくことが可能か、あるいは、どのような批判が想定しうるのか、以下に整理しておきたい。

#### (1) 強制的な外来通院委託 Involuntary Out-patient Commitment (OPC)

地域社会での治療が途絶えた場合に、危険性や重大な障害が発生することが予測されると、触法行為の有無にかかわらず、裁判所が強制的な通院治療を命じる制度である。ここで言う強制治療のなかに、強制的薬物療法は含まれていない。治療担当者は、法制度の担当者に、治療が中断した患者の付き添いを依頼し、地域の精神保健センターで診察し、治療を受け入れるように説得してもらうことができる。

エビデンスとしては、「患者の治療参加を拡大し、薬物療法や他の治療の継続性が改善される」、「連続的な治療が提供でき、患者が再入院を回避するための意欲を向上させることができる」、「OPCが地域精神保健サービスの引き金となり、支援サービスを活性化し、臨床的な介入への動機を高める役割を果たすことができる」<sup>28)</sup>等の報告がなされている。また、RCTで、再入院、犯罪逮捕、地域での暴力、入院期間を減少させ、患者のQOLを改善させるとの複数の報告がある<sup>29)~32)</sup>。

一方、この制度への批判としては、「強制的な外来治療が市民権を侵害するのではないか」、

「不当な社会統制を地域社会に拡大している」, 「実際には必要とされる治療から人々を遠ざけることになりかねない」<sup>1)</sup>, 「OPCが一般の精神保健体制の乏しい資源を圧迫している」, 「OPCが地域社会における強制の実施という論理的問題を抱えている」<sup>10)</sup>等が挙げられる。

## (2) 精神保健治療裁判所 Mental Health Treatment Court

犯罪を行った精神障害者に対する治療モデルであり, 治療的法律 therapeutic jurisprudence とも呼ばれる。裁判所が刑罰だけではなく治療にも関与するのが特徴で, 公衆の安全を保護しつつ, 対象者に対して治療的サービスを提供することを可能としている。通常は, Assertive Community Treatment (ACT) と組み合わせて, サービスが提供される。

エビデンスとしては, RCTで従来治療を受けた群よりも, 物質乱用と再犯の面での改善がみられたとの報告がある<sup>8)</sup>。

### 4) 強制外来治療から学ぶべき点

心神喪失者等医療観察法による医療を終了した後も, 対象者にとって社会内における医療の継続の確保は必要である。それに加えて, 現在, 精神保健福祉法により入院している患者のなかには, 地域社会での受け入れ体制が整わないため退院できない者が, 多数存在するといわれている。そのような患者に対して, 一般精神医療の枠組みで, 米国のような強制外来治療を可能とするような制度が存在すれば, 退院促進や, 地域内での生活の安定に貢献する可能性もある。一方で, このような制度が不当な社会統制や管理を地域社会にもたらし, 市民権を侵害するのではないかと危惧もある。今後, モニタリング調査によって, アウトカムを多角的に捉えながら, 患者にとって, 最も有益な制度は何かを慎重に検証していく必要があると思われる。

## 結 論

全対象者を継続的に追跡調査していくため, デザインはプロスペクティブなシングル・コ

ホート・スタディとなる。デザイン作成のうえで, 重要なことは, アウトカムをどのように設定するかである。先行研究においては, 再犯や暴力等のリスクに関するアウトカムのみを設定しているものがほとんどであるが, 心神喪失者等医療観察法の主目的が対象者の社会復帰にあることを考慮すれば, この領域に関するアウトカムを設定しなければ, 法の運用状況を適切にモニタリングすることは不可能であろう。種々の変数について客観的な評価を行うためには, 国際生活機能分類 ICF 等の標準化された評価尺度を導入する必要があると思われた。ICFは, 障害というネガティブな側面よりも活動や社会参加というポジティブな側面を重視している点において, 従来の評価尺度よりも優れているものと思われた。また, この医療のサービス水準を維持し, 監査指導していくためには, 評価尺度となる fidelity measures の開発が求められる。

モニタリング調査には個人情報保護の問題が重要であるが, 第三者機関において氏名をID化し, そこで情報を統合的に管理し, さらに監査指導の機能も兼ね備えさせるなどの工夫が必要であると思われた。

## 文 献

- 1) Allen, M., Smith, V. F.: Opening Pandora's Box: The practical and legal dangers of involuntary outpatient commitment. *Psychiatric Services*, 52: 342-346, 2001.
- 2) 安藤久美子: 暴力に関する欧米の司法精神医学的研究(2) 暴力のリスク・アセスメント・ツール. *犯罪学雑誌*, 69: 220-232, 2003.
- 3) Atkisson, C., Cook, J., Karno, M., et al.: Clinical services research. *Schizophr. Bull.*, 18: 561-626, 1992.
- 4) Bachrach, L. L.: The chronic patients on exporting and importing model programs. *Hosp. Community Psychiatry*, 39: 383-388, 1988.
- 5) Bond, G. R., Evans, L., Salyers, M. P., et al.: Measurement of fidelity in psychiatric Rehabilitation. *Mental Health Services Research*, 2: 84-85, 2000.
- 6) California Department of Mental Health,

- Forensic Service: Research: Questions and Answers about the Effectiveness of CONREP, (visited October 20, 2004) <<http://www.dmh.cahwnet.gov/SpecialPrograms/Forensic/r-questions.asp>>
- 7) Cohen, A., Eastman, N.: Assessing Forensic Mental Health Needs. Gaskell. 2000.
  - 8) Cosden, M., Ellens, J. K., et al.: Evaluation of a mental health treatment court with assertive community treatment. *Behavioral Sciences and the Law*, **21**: 415-427, 2003.
  - 9) Deci, P. A., Santos, A. B., Hiott, D. W., et al.: Dissemination of assertive community treatment teams. *Psychiatric Services*, **46**: 676-678, 1995.
  - 10) Elbogen, E. B., Tomkins, A. J.: Therapeutic jurisprudence and the psychiatric hospital—applying the law as a clinical tool. *New Directions in Mental Health Services*, **84**: 71-84, 1999.
  - 11) Hare, R. D.: *The Hare Psychopathy Checklist-Revised*. Multi-Health Systems, Toronto, 1991.
  - 12) Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L.: Violent recidivism of mentally disordered offenders—The development of a statistical prediction instrument—. *Criminal Justice and Behavior*, **20**: 315-335, 1993.
  - 13) Hodgins, S.: Mental disorder, Intellectual deficiency, and crime—Evidence from a birth cohort. *Arch. Gen. Psychiatry*, **49**: 476-483, 1992.
  - 14) Hughes, R., Clement, J.: Time to end of the model wars. *IAPSRS Connection*, **1**, 1999.
  - 15) 厚生労働省: 通院処遇ガイドライン案. 司法精神医療従事者等人材育成研修企画委員会資料. 2004.
  - 16) Noble, J. H.: The benefits and costs of supported employment for people with mental illness and with traumatic brain injury in New York State. Research foundation of the State university of New York. 1991.
  - 17) McGrew, J. H., Bond, G. R., Dietzen, L. L., et al.: Measuring the fidelity of implementation of a mental health program model. *J. Consult. Clin. Psychol.*, **4**: 670-678, 1994.
  - 18) McHugo G. J., Drake, R. E., Teague, G. B., et al.: The relationship between model fidelity and client outcomes in the New Hampshire dual disorders study. *Psychiatric Services*, **50**: 818-824, 1999.
  - 19) Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., et al.: Rethinking risk assessment. The MacArthur study of mental disorder and violence. Oxford University Press, New York, 1994.
  - 20) Mowbray, C. T., Plum, T. B., Masterton, T.: Development and evolution of assertive community treatment in Michigan. *Administration and Policy in Mental Health*, **25**: 125-139, 1998.
  - 21) Ohio Substance Abuse and Mental Illness Coordinating Center of Excellence: [www.ohiosamcocoe.cwru.edu](http://www.ohiosamcocoe.cwru.edu). 2004.
  - 22) 岡田幸之, 安藤久美子: 暴力に関する欧米の司法精神医学的研究(1) 暴力のリスクファクター. *犯罪学雑誌*, **69**: 181-201, 2003.
  - 23) 大川弥生: 新しいリハビリテーション—人間「復権」への挑戦. 講談社現代新書. 2004
  - 24) 大島 巖: 精神障害者地域生活支援の新デザイン. 精神看護出版. 2004.
  - 25) Richards, T.: Court sanctions use of anonymised patient data. *Br. Med. J.*, **320**: 77, 2000.
  - 26) Swanson, J. W., Borum, R., et al.: Can involuntary outpatient commitment reduce arrests among persons with severe mental illness? *Criminal Justice and Behavior*, **28**: 156-189, 2001.
  - 27) Swanson, J. W., Holzer III, C. E., et al.: Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the epidemiologic catchment area surveys. *Hosp. Community Psychiatry*, **41**: 761-770, 1990.
  - 28) Swanson, J. W., Swartz, M. S., et al.: Interpreting the effectiveness of involuntary outpatient commitment: A conceptual model. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law*, **25**: 5-16, 1997.
  - 29) Swanson, J. W., Swartz, M. S., et al.: Involuntary outpatient commitment and reduction of violent behaviour in persons with severe mental illness. *Br. J. Psychiatry*, **176**: 324-331, 2000.
  - 30) Swanson, J. W., Swartz, M. S., et al.: Effects of involuntary outpatient commitment on subjective quality of life in persons with severe mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, **21**: 473-491, 2003.
  - 31) Swartz, M. S., Swanson, J. W., et al.: Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? *Am. J. Psychiatry*, **156**: 1968-1975, 1999.
  - 32) Swartz, M. S., Swanson, J. W., et al.: A randomized controlled trial of outpatient commitment in North Carolina. *Psychiatric Services*, **52**: 325-329, 2001.
  - 33) Tansella, M., Thornicroft, G.: A conceptual

- framework for mental health services: the matrix model. *Psychol. Med.*, 28: 503-508, 1998.
- 34) Teague, G. B., Bond, G. R., Drake, R. E.: Program fidelity in assertive community treatment. *Am. J. Orthopsychiatry*, 68: 216-232, 1998.
- 35) The California Treatment Advocacy Coalition & The Treatment Advocacy Center. *A Guide to Laura's Law*, 2003.
- 36) The Dartmouth Assertive Community Treatment Scale: [www.mentalhealthpractice.org](http://www.mentalhealthpractice.org), 2003
- 37) 上田 敏, 大川弥生, ほか: ICF: WHO 国際生活機能分類の理解と活用 (平成 15 年厚生労働科学研究成果等普及啓発事業).
- 38) Webster, C. D., Douglas, K. S., Eavas, D., Hart, S. D.: HCR-20—Assessing Risk for Violence—Version 2. *Mental Health, Law, and Policy Institute*, Simon Fraser University, Vancouver, 1997.
- 39) World Health Organization (WHO): *ICF: International Classification of Functioning, Disability and Health, 2001* (障害者福祉研究会: 国際生活機能分類. 中央法規, 2002).
- 40) 山上 皓, 小西聖子, 吉川和男, ほか: 触法精神障害者 946 例の 11 年間追跡調査 (第一報)—再犯事件 487 験の概要—. *犯罪学雑誌*, 61: 201-206, 1995.
- 41) 吉川和男: 精神分裂病殺人犯に見る再犯予測要因と予測可能性. *犯罪学雑誌*, 61: 216-234, 1995.
- 42) 吉川和男: 心神喪失医療観察法案の論点—諸外国における議論と対応—. *法と精神医療*, 17: 36-49, 2003.