

的枠組みを中心に行うことが有効

・過去に入院歴のある医療機関に、精神保健福祉法での入院を依頼。過去に犯罪を繰り返しており、退院後の居住地等、地域の受け入れが整備できない状況であった。

・審判時に診断に疑義が持たれたが、とりあえず入院させて様子を見よとの判断となった。

(2) 多職種チームによる鑑定を実践している施設（肥前精神医療センター）からの聞き取り（議事録抜粋）

【要約】

当院では、救急病棟で鑑定対象者を受け入れ、医療観察法病棟スタッフで多職種チーム（MDTチーム）を編成し、鑑定作業を進めている状況。救急病棟看護スタッフは、日常生活のケアを中心としてかかわる。病棟スタッフは、生活面を見ている、医療観察法病棟の看護スタッフが事件や内省についての面接でアセスメントしており、病棟スタッフはその後のフォローに回っている。スタッフレベルでは、リスクへの対応に関する不安はあり、人員的には不足していると思われる。人手に関しては→急性期病棟の場合→27名スタッフ（日勤11名）→+3名ということになっている（医療観察法Ns1:1.3）。鑑定入院と一般入院が混在することで、多くの問題はない。鑑定中の検査などは2名以上で対応（時には医療観察法病棟から応援）している。

共通評価項目を中心に評価しているが、救急病棟のスタッフが評価に慣れていないということを感じる。実際に、戸惑いや理解できないことなどの声もある。一方で、救急病棟のスタッフの特性→救急場面の患

者の評価の視点と医療観察法病棟のツールを通じた指摘で評価が深まるということも特性としてあげられる。医療観察法病棟スタッフの場合は、急性期病棟のスタッフの情報を基に評価を整理しなおす作業を行っている。面接だけでは、情報としては十分とは言えない。面接で得られた情報を日常生活場面での情報を併せることが重要。「疾病性」に関しては、精神病症状、非精神病症状を中心とした情報をMDTで整理していく過程から診断となっていく。「治療反応性」の観点では、鑑定期間も踏まえると、「疾病性」を評価することから「治療反応性」を考えるしかないとも考えられる。鑑定中の評価では、MDTによる共通評価項目の評価に基づいた、疾病性の評価とリスク（社会復帰要因）であろうと思われる。

構造、空間的な点からは、迷惑行為などが有る場合であっても、隔離しないで対応できる空間があれば理想的。鑑定中であっても、隔離を行えば、当然「疾病性」が問われることになる（倫理上）。医療観察法の場合は、「被疑者」ではなく、「対象者」であるから責任能力鑑定とは自ずと相違がある。医療観察法の鑑定には専門的な知識・経験を持った多職種がそろっている施設が適切。刑事鑑定よりもさらに人権に配慮した対応が必要であり、1ヶ月で疾病性や社会復帰要因に対する判断には困難が伴う。

(3) 指定入院機関での多職種チーム医療の効果のレビューを行った。

MDTによる治療によって、治療効果が上がっていることは臨床実感としては明らかである。本報告では、臨床実感をMDT治療という角度から記述する。

従来の精神医療に比較して、指定入院医療機関で実践されているのは、(不十分ながら)英国なみの人出をかけた MDT 治療である。概念的には、こうした治療環境で可能になったことには、以下の点が考えられる。(○数字の後の数字は共通評価項目の番号に対応している)

① 1. 精神病症状・2. 非精神病性症状

a) 診断における利点:

・日常生活に根差した有効な情報が集まりより適切な診断が可能になる。(MDT による多様な面接の中で、例えば、対象者は職種や人によって異なった陳述をする。あるいは、陳述内容と生活の様子や表情などに大きな違いがあったりする。こうした情報により、症状の重症度や性質は明らかになってくる。)

b) 薬物療法上の利点

・情報が豊富なことはもちろんであるが、薬物の効果を確認するための大胆な減薬が可能になる。

c) 処遇上の利点

・行動制限を極小化でき、行動制限による二次的な症状の修飾を、本来の病態から区別できる。

② 3. 自殺企図 常時観察下に置くことにより、不必要な行動制限をしなくてすむ。このことは、対象者の安全保障感や信頼感に大きく寄与する。

③ 4. 内省・洞察 対象行為について、守られた環境で向き合うことができる。これにより、対象者の生活史から対象行為を解離させることなく、病気と向き合うことができる。

④ 5. 生活能力 生活技能の不足はスト

レスの大きな要因となる。OT や日常生活指導や SST などによって、技能を獲得することは、再発リスクを下げる。こうした、技能獲得のための援助には人手と時間がかかる。また、一方で、「やらないのではなくできないのではないか」というスタッフの視点は、対人関係的な緊張を下げる。

⑤ 6. 衝動コントロール・7. 共感性・8. 非社会性・13. 物質乱用

安全の確保された病棟の中で、また、常時相談できるスタッフのいる中で、治療プログラムが進められる。また、同時にプログラムで獲得された技能が、汎化されていく。

⑥ 10. 個人的支援・11. コミュニティ要因・14. 現実的計画

PSW の常時の介入で、対象者は援助を受け入れる姿勢が獲得できる。また、相談する技能とともに責任を自覚できるようになっていく。

⑦ 12. ストレス 15 コンプライアンス・16. 治療効果・17. 治療の継続性

MDT による治療環境で初めて、ストレスに対する実践的な対処法が獲得される。治療の継続には、病識と信頼感が基礎になるがそれも MDT による治療環境で初めて達成されるものである。

⑧ 9. 対人暴力

CVPPP 技法により、適切な暴力行為への介入および、未然の防止が可能になる。こうした、暴力行為に対する冷静で現実的な対応は病棟環境の維持に必須のものである。

(4) 試案「鑑定入院医療機関運営ガイドライン」

本研究の協力医師によるエキスパートコンセンサスとして議論し、下記指針を提案した。

【試案「鑑定入院医療機関運営ガイドライン」】

I. 基本的な部分

1. 精神保健判定医が1名以上常勤している。
2. 精神保健判定医又は精神保健指定医が複数名常勤している。
3. 鑑定受け入れ病棟の看護基準は13対1以上が原則であるが、地域の事情等があれば、15対1以上でも認めることができる。
4. 心理士、PSW、OT など、医師・看護師と連携できる職種が勤務している。
5. 安全に配慮した適切な隔離室がある。
6. 身体合併症発生時に適切に連携できる総合病院等がある。

II. 鑑定入院の運営について

以下の手順で鑑定入院を実施できる

1. 鑑定の受け入れに際して、鑑定医と主治医が決定される。
2. 鑑定の受け入れに際して、事件や病状に関する必要な情報が入手される。
3. 院内で、鑑定チームが組織される。
4. 鑑定チームに対して、鑑定医から、鑑定入院上の留意点、処遇上の留意点、さらには、鑑定上の問題点等の説明が行われる。
5. 鑑定チームは、主治医を交えて、入院中の治療・処遇の方針・留意点等について、話し合い、意識を統一する。同時に、各職種は、鑑定上必要な情報収集について分担する。
6. 鑑定チームはミーティングを行い、必要に応じて、方針・処遇・分担等の修正を

行う。

7. 鑑定が最終段階に入ろうとする時点で、鑑定医は鑑定結果について、記載方針を述べるが、同時に、各職種も意見を述べる。

8. 鑑定書提出前に、院内の判定医・指定医等が集まり、鑑定会議を開催して、同僚医師が鑑定結果について意見を述べる。

9. 鑑定医による鑑定書の作成と裁判所提出。

D. 考察

全体としてみれば、法は「重大な他害行為をおかした精神障害者の社会復帰」という本来の目的に沿った運用がなされており、法の目的を逸脱した運用はなされていない。精神医療の日常実務においては、法の施行により、大きな困難を抱えた精神障害者の社会復帰に十分な効果が上がっている。また精神医療に司法官が直接関与することで、従前に比し、より人権を尊重した適切な処遇決定がなされている。法の施行によって、従前では期待できなかった社会復帰の実が上がっているという印象がある。法の運用の実態は、第一に、司法官が、処遇の適否の決定において「疾病性・治療反応性・社会復帰要因」を三要件ととらえ、明確な基準に基づいて判断する姿勢を堅持しており、人権擁護に大きく寄与している。第二に、要件の判断において、精神科診断や治療の特性である「経時的な評価による臨床的判断の変更」に理解を示し柔軟な判断が行われている。第一および第二の厳密性と柔軟性という両面の課題が、司法官と審判員によって、適切に運用されていると考えられる。第三に、医療機関や法務省関係者が対

象者の社会復帰のためという方向で、一致して努力している。そのために整えられたソフトやハードの体制は、治療においてより制限の少ない処遇を可能にし、加えて多職種による治療によって、めざましい治療効果を上げていていると考えられる。

本研究において、指定入院機関からの退院時直接処遇終了のほぼ全事例を調査した。直接処遇終了事例は、審判の判断が変更されるという意味をもち、一見大きな問題のように見える。しかし、精神科医療は、経過をみてはじめて事実判断ができることが多く、審判が硬直化していない証拠として、前向きに考えられるべき事実である。しかし、個別の判断においては、事実認定のレベルで疑義があるケースが散見される。本研究は、問題点の指摘と改善を主として行っているが、これは、全体としては医療観察法はおおむね適切に運用されているという前提のもと、より良いものを目指しての問題提起にとどまる。

こうした問題提起に関して、本研究では、医療観察法鑑定での判断において、特に「疾病性」の評価が実際に問題になっているケースが多いことを実証した。さらに、こうした問題点を改善するための施設の基準として、ある程度専門性をもった多職種チームを備え得る施設基盤が必要であることを示した。繰り返しになるが、「法的側面から」と、医療観察法においては一旦医療観察法に乗った場合双方向性を持たないといった事実から考えて、医療観察法鑑定は刑事裁判に戻せる事実上最後の機会となる。従って、医療観察法の鑑定においても刑事鑑定と同様あるいは刑事鑑定以上に疾病性

(責任能力)の厳密な評価が必要であることを担保することは、社会的公正を保つための最重要課題である。」ということは、肝に命じられなければならない。

E. 結論

処遇終了事例の検討により、疾病性を含めた医療観察法鑑定が不十分であることが示された。医療観察法鑑定は理想的にも実践的にも、最小限の行動制限による詳細な精神状態の観察が必要かつ最も有用であろう。多職種チームで鑑定に当たるメリットは、指定入院機関の治療実践から明らかである。医療観察法鑑定は、指定入院機関並みのハード・ソフトを備えることが望ましいと考えられる。一方、全体としてみれば、医療観察法は、法の目的に沿って、おおむね適切に運用されている。個別の事例をめぐって、医師間や裁判官を交えて検討することは、人権を保ちさらには精神科医療の発展に大きく寄与すると考えられる。こうした法の運用が適切な状態に保たれるためには、絶えざる検証が必要である。本研究では、そうした目的の一助となるように、現時点で要請される医療観察法鑑定施設の現実的な施設基準を提案した。もちろん、個別の事例には、個別の事情があり、検証内容は大まかな問題提起として考えられるべき性質のものである。この報告書を読まれた各個人の内的な参考になれば幸いである。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

学会発表

中川伸明、黒木まどか、須藤徹：医療観察法による入院処遇対象者の精神医学的診断に関する検討. 第6回司法精神医学会一般演題, 2010.6.4 東京

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 20－22 年度 分担研究総合報告書

鑑定業務の教育研修に関する研究

分担研究者 五十嵐 禎人

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））

平成 20—22 年度 総合研究報告書

鑑定業務の教育研修に関する研究

研究分担者：五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター

研究要旨

医療観察法による鑑定入院業務の標準化とその教育普及を図る目的で、標準的な鑑定入院のあり方を明らかにするために以下の研究を行った。

①鑑定入院に積極的に関与している精神保健判定医に対してアンケート調査を行い、その結果を鑑定入院エキスパートコンセンサスとしてまとめた。②鑑定入院における看護のあり方を明確化するために KJ 法を用いて鑑定入院事例に関する定性的分析を行い、その概念化を図った。さらに鑑定入院に関するクリニカルパスを作成し、その効果を検証した。③全国の医療観察法鑑定入院医療機関における多職種協働チームの関与の現状を明らかにするために、聞き取り調査とアンケート調査を行った。

以上の成果をもとに、多職種協働チームによる医療観察法鑑定書の作成と普及のために、医師（鑑定医、主治医）、看護師、作業療法士、臨床心理技術者のそれぞれの役割や課題を明確化した、「医療観察法鑑定入院における対象者の診療に関する指針」（案）を提案した。

研究協力者：(*H21-22 年度、**H22 年度)
藤崎美久（千葉大学社会精神保健教育研究センター）
椎名明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター）
東本愛香**（千葉大学社会精神保健教育研究センター）
永田貴子*（千葉大学医学薬学府・国立精神・神経医療研究センター病院）
鈴木孝男**（医療法人新光会生田病院）
中嶋秀明*（千葉大学医学部附属病院看護部）

森内加奈恵*（千葉大学医学部附属病院看護部）
三浦瑞恵*（千葉大学医学部附属病院看護部）
吉永尚紀*（千葉大学医学部附属病院看護部）
上野憲一*（千葉大学医学部附属病院看護部）
山本美佐江*（千葉大学医学部附属病院看護部）
笠井翔太*（西武文理大学看護学部看護学科）

A. 研究目的

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。）が平成 17 年 7 月 15 日に施行されてから 5 年以上が経過した。医療観察法

の当初審判において鑑定入院は、実質的に対象者の処遇を決定する分岐点であると同時に、急性期治療を提供する場ともなっている。このような重要性を帯びているにもかかわらず、鑑定入院中の処遇や医療の内容を明確に規定する法令はなく、厚労省通知において、精神保健福祉法に準拠した医療が提供されればよいとされ、精神保健判定医等養成研修において「鑑定入院ガイドライン」が示されているのみである。このため、特に鑑定及び医療的観察を担当する鑑定入院医療機関の医師や看護師等の実務者からは戸惑いの声が多いのが現状である。

医療観察法の鑑定とは、対象者の精神状態の判断のみならず、その治療反応性や社会復帰を促進又は阻害する要因の分析も含めて多角的に検証した上で処遇決定に関する意見を述べるものであるため、鑑定を円滑に行うためには対象者の鑑定入院中の処遇を適切に行う必要がある。一方で、我が国においてはこれまで、鑑定という司法精神医学的取り組みがともすると精神科臨床から乖離した独自の作業であるかのように見なされてきた経緯があり、鑑定と医療とを相互協働して成すことのイメージがわからないと感じる実務者も多いようである。

鑑定を行う人材を育成するためには、この医療観察法鑑定の本質ともいえる論点を整理して明確に教示することが必要である。

我々は上記のような問題意識に立ち、実務面における標準的な鑑定入院処遇についてのコンセンサスを作ることを試みた。

B. 研究方法

当分担研究においては、以下の3つの研究を遂行した。

(研究1) 鑑定入院に関するエキスパートコンセンサスの作成

医療観察法鑑定入院に積極的に関与している精神保健判定医に対してアンケート調査を行い、その結果を鑑定入院エキスパートコンセンサスとしてまとめた。

アンケートの対象として、精神保健判定医資格を持ち、鑑定入院医療機関に勤務経験のある50名の医師を選定し、郵送による回答を求めた。60項目の想定状況に対し複数の治療選択肢を用意し、計336項目の治療選択肢についてそれぞれその適切性を9段階で評価させた。

各選択肢について、3つの適切性範囲(1~3, 4~6, 7~9)間の得点分布についてカイ二乗検定を行い、偶然に起こるとは考えにくい($P<0.05$)分布からコンセンサスの有無を確認した。また、エキスパートの過半数が9点を選択した治療選択肢を最善の治療と位置づけ、得点分布の95%信頼区間(CI)が6.5以上の選択肢を一次選択、3.5以上の選択肢を二次選択と位置づけた。

(研究2) 鑑定入院の看護に関する研究
千葉大学医学部附属病院精神科病棟に鑑定入院した対象者の看護記録から具体的な看護場面を抽出し、KJ法を用いて鑑定入院の看護についての概念図を作成した。続いて、鑑定入院の看護の経験を有する他施設2箇所の看護師から「鑑定入院で困難と感じたことは何か」「鑑定入院の看護とは何か」等に関する聞き取り調査を行い、概念図の外的妥当性の検証を行った。

さらに既存の鑑定入院に関するクリニカルパスに関連した資料を集め、文献検討やエキスパートレビューを行い、クリニカルパスを作成し、千葉大学医学部附属病院に

における医療観察法鑑定において試行した。

(研究3) 鑑定入院における多職種チームの関与の現状に関する調査

医師だけでなく多職種協働チームによって医療観察法鑑定を行うことの重要性が明らかになった。そこで、鑑定入院医療機関に所属する多職種協働チームのメンバーに聞き取り調査を行った。聞き取り調査の結果をふまえ、全国の医療観察法鑑定入院医療機関における多職種協働チームの関与の現状を明らかにするために、「医療観察法鑑定入院における多職種チームの役割に関する調査」用紙を作成し、医療観察法鑑定入院機関として稼働している205の病院を対象として、アンケート調査を行った。

(研究4) 鑑定入院処遇ガイドライン(案)の作成

研究1～3の成果をふまえて、「医療観察法鑑定入院における対象者の診療に関する指針」(鑑定入院診療ガイドライン)案の作成を試みた。

(倫理面への配慮)

当分担研究班で行った各研究はいずれも患者への介入的内容を一切含んでいない。クリニカルパスの対象者の記録を用いる際は、コードを付与し実施した。クリニカルパスの作成は通常の診療内での出来事ではあるが、クリニカルパスの対象者の記録を用いる際にはこの研究に特異なコードを付与し、コードのみによって行った。

聞き取り調査においては、あらかじめ電話等の手段により調査の概要を説明し、口頭で同意を得た上でアポイントを取って聞き取り訪問を行った。訪問にあたり、改めて書面による説明を行い、回答者から研究協力に関する書面による同意を得た。

当該の各研究は、千葉大学大学院医学研究院における倫理審査委員会での倫理的妥当性に関する審議を受け、承認されたものである。

C. 研究結果と考察

(研究1) 鑑定入院エキスパートコンセンサス研究

42名より回答を得て、鑑定入院中に遭遇する可能性のある全60項目の想定状況に関する計336の治療選択肢について解析を行い、91.1%にあたる306項目についてコンセンサスを得た。うち29項目が最善の治療選択として位置づけられた。他方、鑑定入院中の電気けいれん療法の施行、対象行為への直面化についてはコンセンサスが得られなかった。

(研究2) 鑑定入院の看護に関する研究
鑑定医の企図する司法精神医学的概念である鑑定と、看護者の想定する社会復帰支援としての医療的観察との間には構造的なギャップが存在することが明らかとなり、このギャップを埋める努力を行いながら鑑定及び医療的観察を遂行することの必要性が示された。

クリニカルパスを実際に運用し、バリエアンスの発生について検討した。クリニカルパス運用でのバリエアンスは発生せず、クリニカルパス適応の効果として、①病棟の医療スタッフの意思統一が可能となった、②鑑定手順の明確化、③多職種の役割が明確化した、そして④不必要な制限を軽減出来たということが挙げられた。

(研究3) 鑑定入院における多職種チームの関与の現状に関する調査

作業療法士130名、精神保健福祉士202

名、臨床心理技術者 151 名から回答を得た。医療観察法鑑定入院にかかわった経験をもつ者は作業療法士の 38.5% (50 名)、精神保健福祉士の 61.4% (124 名)、臨床心理技術者の 69.5% (105 名) であった。鑑定入院で行った業務としては、作業療法士では鑑定書作成のための行動観察、精神保健福祉士では関係諸機関との連絡調整、臨床心理技術者では心理検査の施行であった。医療観察法鑑定入院にそれぞれの職種が関与することに関して尋ねた項目の回答では、より積極的な関与を望む意見が非常に多かった。その一方で、作業療法士が、医療観察法医療における多職種協働チームの一員であることを「知らない」と回答した者が、全体の 16.2% (21 名) みられるなど、医療観察法による医療の実際について、指定医療機関以外の精神科医療機関へのさらなる啓発の必要性が示唆された。

(研究 4) 鑑定入院処遇ガイドライン (案) の作成

当研究班の研究成果をふまえて、多職種協働チームによる医療観察法鑑定書の作成と普及のために、医師 (鑑定医、主治医)、看護師、作業療法士、臨床心理技術者のそれぞれの役割や課題を明確化した、「医療観察法鑑定入院における対象者の診療に関する指針」(案) を提案した。

D. 結論

医療観察法による鑑定入院業務の標準化とその教育普及を図る目的で、標準的な鑑定入院のあり方を明らかにするために以下の研究を行った。

①鑑定入院に積極的に関与している精神保健判定医に対してアンケート調査を行い、そ

の結果を鑑定入院エキスパートコンセンサスとしてまとめた。②鑑定入院における看護のあり方を明確化するために K-J 法を用いて鑑定入院事例に関する定性的分析を行い、その概念化を図った。さらに鑑定入院に関するクリニカルパスを作成し、その効果を検証した。③全国の医療観察法鑑定入院医療機関における多職種協働チームの関与の現状を明らかにするために、聞き取り調査とアンケート調査を行った。

以上の成果をもとに、多職種協働チームによる医療観察法鑑定書の作成と普及のために、医師 (鑑定医、主治医)、看護師、作業療法士、臨床心理技術者のそれぞれの役割や課題を明確化した、「医療観察法鑑定入院における対象者の診療に関する指針」(案) を提案した。

E. 健康危険情報

なし。

F. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 五十嵐禎人：医療観察法に基づく精神鑑定：精神科治療学 24 (9) 1077-1082, 2009
- 2) 五十嵐禎人：【心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって】申立てと鑑定－医療観察法におけるリスク評価。臨床精神医学 38 (5) 571-575, 2009
- 3) 五十嵐禎人：精神鑑定とは何か－刑事責任能力鑑定を中心に。科学 80 (6) 640-645, 2010
- 4) 五十嵐禎人：刑事精神鑑定と高齢者の精神障害。老年精神医学雑誌 21 (7) 770-778, 2010
- 5) 五十嵐禎人：司法精神医療改革の方略 心神喪失者等医療観察法を中心に。臨床

精神医学 39 (10) 1279-1286. 2010.

- 6) Shiina A et al: Expert Consensus on Hospitalization for Assessment: A Survey in Japan for a New Forensic Mental Health System. Annals of General Psychiatry (accepted)
2. 学会発表
 - 1) 五十嵐禎人：医療観察法制定の意義とその現状. 国際シンポジウム 2009. 10. 11 東京
 - 2) 五十嵐禎人：精神鑑定に関する諸問題. 民間精神病院からみた医療観察法の問題点と法改正への提言, 第 37 回日精協精神医学会シンポジウム 2009. 11. 12 香川
 - 3) 五十嵐禎人：「裁判員制度における精神鑑定」精神医学研修コース 3. 第 106 回日本精神神経学会学術総会, 広島, 2010. 5. 21.
 - 4) 森内加奈恵、中嶋秀明、笠井翔太、三浦瑞恵、吉永尚紀、山本美佐江：鑑定入院の看護とは何か—看護記録と聞き取り調査から—。第 6 回司法精神医学会一般演題, 2010. 6. 4 東京
 - 5) 鑑定入院の看護とは何か—看護記録からの抽出（日本精神科看護技術協会千葉県支部研究発表会）

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし。
2. 実用新案登録
なし。
3. その他
なし。

平成 20－22 年度 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
松原三郎	医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題	中谷陽二	精神科医療と法	弘文堂	東京	2008年8月	145-158
松原三郎	わが国の精神科医療とその課題	松原三郎	専門医のための精神科 リュミエール4 精神障 害者のリハビリテー ションと社会 復帰	中山書店	東京	2008年	2-17

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
岡田幸之, 安藤久美子, 黒田治, 五十嵐禎人, 平林直次, 松本俊彦, 樽矢敏広, 野田隆政, 平田豊明	裁判員制度における精神鑑定の課題ー全国の模擬裁判に参加した精神科医らの意見調査から	精神科	14(3)	183-189	2009
岡田幸之	裁判員制度における精神鑑定	司法精神医学	4(1)	88-94	2009
岡田幸之	刑事責任能力と精神鑑定ー精神医学と法学の再出発	ジュリスト	1391	82-88	2009
岡田幸之, 安藤久美子, 五十嵐禎人, 黒田治, 樽矢敏広, 野田隆政, 平田豊明, 平林直次, 松本俊彦	刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き(第4版)	精神保健研究	22(55)	65-68	2010
岡田幸之, 安藤久美子	自閉症スペクトラム障害にみられる特徴と反社会的行動	精神科治療学	25(12)	1653-1660	2010
松原三郎	医療観察法の地域サポートとACT	臨床精神医学	37(8)	1029-1036	2008

松原三郎, 安藤久美子, 一ノ瀬真琴, 椎名明大, 永田貴子, 水留正流, 八木深, 米山英一	英国ロンドンにおける地域司法精神医療視察報告	日精協誌	27(11)	1026-1037	2008.11.5
松原三郎	医療観察法対象者の地域サポートの将来	臨床精神医学	38(5)	641-645	2009
松原三郎	医療観察法の将来象	精神医学	51(12)	1144-1145	2009
松原三郎, 八木深, 村上優, 平林直次, 土居正典, 水留正流	ニューヨークにおける一般精神医療施策、触法精神障害者医療施策	司法精神医学	5(1)	25-33	2010
松原三郎	触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか	臨床精神医学	39(10)	1321-1328	2010
五十嵐禎人	医療観察法に基づく精神鑑定	精神科治療学	24(9)	1077-1082	2009
五十嵐禎人	【心神喪失者等医療観察法の改正をめぐって】申立てと鑑定－医療観察法におけるリスク評価	臨床精神医学	38(5)	571-575	2009
五十嵐禎人	精神鑑定とは何か－刑事責任能力鑑定を中心に	科学	80(6)	640-645	2010
五十嵐禎人	刑事精神鑑定と高齢者の精神障害	老年精神医学雑誌	21(7)	770-778	2010
五十嵐禎人	司法精神医療改革の方略 心神喪失者等医療観察法を中心に	臨床精神医学	39(10)	1279-1286	2010

