

C. 研究結果

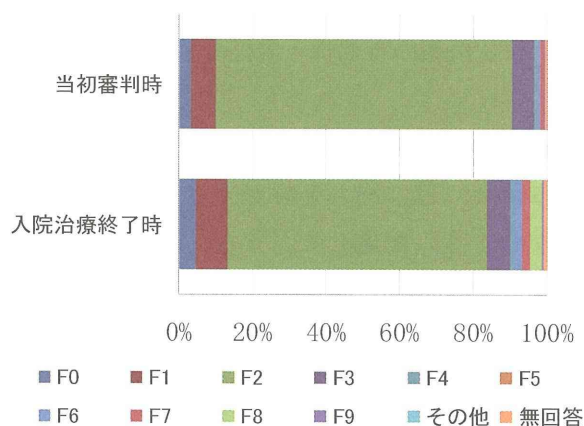
1. 医療観察法医療対象者のフロー図【資料①】を作成した
2. 関係諸機関の協力を得て、医療観察法施行以後平成20年12月31日までの医療観察法医療対象者ほぼ全数のフロー【資料②】を把握した
3. 医療観察法入院処遇終了報告書および通院処遇終了報告書書式（【資料③】：医療観察法入院処遇終了報告書【資料④】：医療観察法通院処遇終了報告書）の試作を試みた
4. 3カ年にわたるアンケート調査結果の分析

① 主診断の変更<平成22年度アンケート調査より>

当初審判の診断名が入院処遇中に変更された事例は45人（12%）あり、このうち39人がF2圏から他のFカテゴリへの変更であった。変更先のFカテゴリは様々であった。

入院処遇前後で主診断が減少したのはF2圏だけで、他の全てのFカテゴリでは増加していた。増加幅が大きかったのはF8圏の11人で、2位以下は、F1圏の8人、F0圏とF7圏の5人、F6圏の4人と続いた。

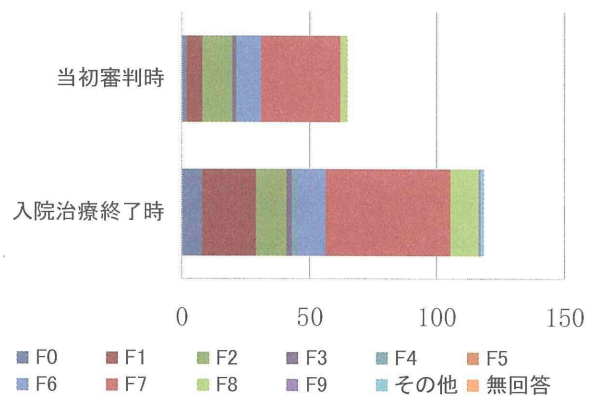
入院処遇前後の主診断 n=381



② 入院中の従診断の追加<平成22年度アンケート調査より>

当初審判で従診断のついた事例は67人であったが、入院処遇終了時は112人であった。入院処遇中に従診断が増加したのは45人（12%）ということになる。最も多く増加したのはF7圏（増加幅18人）で、次いで、F1圏（同15人）、F8圏（同8人）、F0圏（同6人）となっていた。

入院処遇前後の従診断の変更

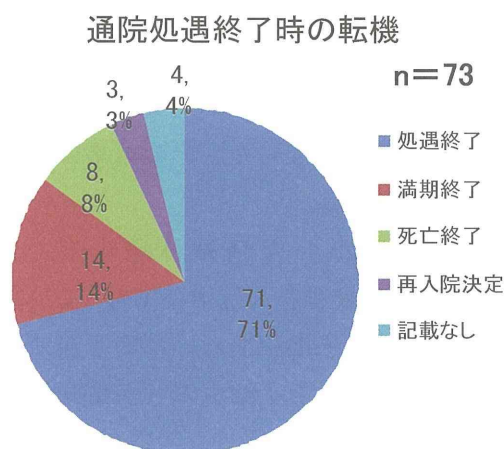
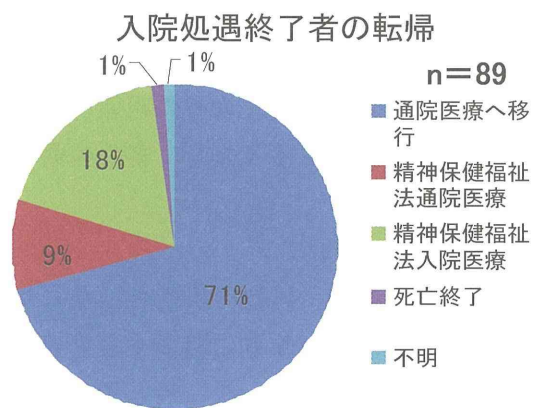


③ 入院処遇終了者の転帰<平成23年度アンケート調査より>

平成22年4月1日から平成23年3月31日の間に入院処遇終了となった者のうち、当研究班のアンケート調査で回収できた89人の転帰は以下のとおりである。

63人（71%）が医療観察法通院医療に、24人（27%）が精神保健福祉法医療に移行した。合わせて98%が、何らかの形で精神科医療につながっていた。なお、1人（1%）が死亡による処遇終了、1人（1%）が転帰不明であった。

一方で16人（18%）の事例は、精神保健福祉法下の入院へと移行していて、実質的な退院に至らなかった。



④ 通院処遇者の治療継続と転帰<平成23年度アンケート調査より>

平成22年4月1日から平成23年3月31日の間に通院処遇終了となった者のうち、当研究班のアンケート調査で回収できた73人の転帰は以下のとおりである。

52人（71%）が審判による処遇終了となっている。いずれも精神保健福祉法による医療に移行していた。

10人（14%）は審判を受けずに満期終了となっている。満期終了者のその後の転帰内訳は、4人が単身生活で、4人が家族と同居で、1人がグループホームで生活しながら精神保健福祉法による医療に移行していた。1人は精神保健福祉法による入院中であり、いずれも精神科治療は継続されていた。

6人は死亡による処遇終了であった。詳細は不明である。

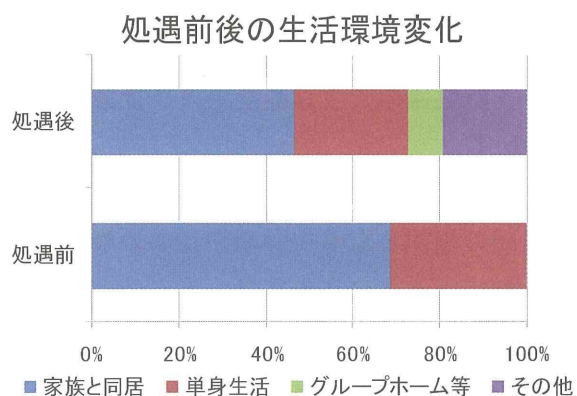
2人は、医療観察法に基づく再入院による通院処遇の終了であった。

なお、不明が3人であった。

⑤ 医療観察法による処遇終了後の状況<平成23年度アンケート調査より>

家族と同居する人は、処遇前は50人だったのに対し、処遇後は34人に減少していた。重大な犯罪行為を契機に、患者の家族が関わらないようになることは、医療観察法施行以前から私たちがしばしば経験してきたことである。

上記の調査結果は、医療観察法医療施行後も同様の傾向があることを示唆する。調査結果は、このような状況に対して医療観察法医療がグループホームなどの社会資源を駆使して単身生活の支援に成功していることを示す。



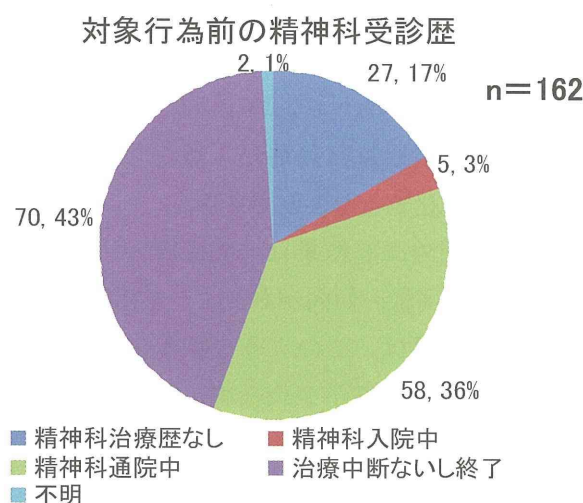
⑥ 対象行為前の精神科受診歴<平成23年度アンケート調査より>

平成22年4月1日から平成23年3月31

日の間に入院処遇終了となった89人と、同時期に通院処遇終了となった73人を合わせた162人について、対象行為前の精神科受診歴を調査した。その結果は以下のとおりである。

58人（36％）が精神科通院中、5人（3％）が精神科入院中、70人（43％）が精神科治療中断中あるいは終了後であった。合わせると、82％の者が精神保健福祉法による医療を受けた経歴があった。

一方で、今回の調査に限れば、医療観察法医療後に重大な犯罪を行った事例は2人（1％）であった。



D. 考察

1. 入院処遇中の主診断変更及び従診断追加について

＜主診断変更について＞

処遇の根拠となる主診断が12％の事例で変更されているという事実は、重く受け止める必要がある。

処遇終了時審判では、大半の事例で入院処遇中の主診断が採用されていることから、当初審判時の診断の精度に問題があると思われる。すなわち、鑑定の精度が問題となるが、技術的な問題だけではなく、最も精神症状の

激しい時期に、短期間でその原因を明らかにすること自体がそもそも困難であるという可能性を否定できない。対象者の状態に応じて鑑定期間を延長できるような、審判の柔軟な運用が望まれる。

＜従診断追加について＞

従診断は、直接、処遇の根拠とはならないにしても、処遇の在り方に関係する重要な要素である。鑑定期間は一般に最も精神症状の激しい時期であり、従診断にあたる疾患の症状が主診断の精神症状に隠れてしまって、確認すること自体がそもそも困難である可能性が否定できない。この事情については主診断と全く同じであり、やはり、対象者の状態に応じた鑑定期間の柔軟な延長が望まれる。

2. 医療観察法医療の効果

＜入院医療＞

平成23年度の当研究班の調査に基づく入院処遇終了者の転帰を見れば、医療観察法入院医療は非常に高い治療成果を上げていることがわかる。特に、重大な犯罪を行った精神障害者に対する治療としては、治療継続率98％は極めて良好な結果である。

＜通院医療＞

平成23年度の当研究班の調査に基づく通院処遇終了者の転帰を見れば、医療観察法通院医療は良好な治療成果を上げていると思われる。最も重要な通院医療終了後の治療継続率は、医療観察法再入院も含めて88％に達する。

3. 医療観察法医療の限界

＜入院医療＞

平成23年度の当研究班の調査に基づく入院処遇終了者の転帰を見れば、精神保健福祉法下の入院医療に移行した事例が16人（18％）あった。これらは、医療観察法入院医療によっても社会復帰ができなかった事例と考えられる。医療観察法入院医療の効果にも、一定の

限界があることを示唆するものである。

＜通院医療＞

平成23年度の当研究班の調査に基づく通院処遇終了者の転帰を見れば、死亡による通院医療の終了事例が6人（8%）あった。詳細が不明なため安易な評価はできないが、より手厚い通院処遇の体制があれば防げた死亡も含まれている可能性は否定できない。

4. 医療観察法による処遇終了報告書 義務化の必要性

処遇終了者の転帰は、医療観察法医療の効果と問題点を考えるためには、必要な情報の一つである。当研究班が提示したフロー図【資料①】では、処遇の流れと転帰が一目でわかるようになってきている。図の中に盛り込まれた情報は、医療観察法医療の実態を知る上で欠くことのできない数値ばかりであり、医療観察法医療を評価するために必要な最低限の情報と言える。アンケート調査では、処遇終了者全例の転帰を把握できないので、フロー図を描くことはできない。

処遇終了者全例の転帰を正確に把握するために、医療観察法入院処遇終了報告書および通院処遇終了報告書提出の義務化が必要と考える。

E. 結論

1. 当初審判と指定入院医療機関で、一定数の主診断あるいは従診断不一致事例があった。鑑定のあり方を工夫することで、このような事例を減らすことができる可能性がある。
2. 高い治療継続率は、医療観察法入院医療が大きな治療成果を上げていることを示している。
3. 高い治療継続率や処遇終了後の多彩な生活支援体制を見れば、医療観察法通院医療が良好な治療成果を上げていることが

わかる。

4. 医療観察法入院医療から精神保健福祉法入院への直接移行事例の存在は、医療観察法入院医療に一定の限界がある事を示唆する。今後さらなる医療体制や治療プログラムの充実が望まれる。
5. 対象行為を行った時期と精神科治療を受けた時期の関係を見る限り、医療観察法医療は精神保健福祉法医療よりも、対象行為と同様の行為が再び起こることを防ぐ効果が大きいことを示唆している。
6. 医療観察法医療を評価・改善していくためには、処遇終了者全例の転帰を把握することが不可欠であり、医療観察法入院処遇および通院処遇の終了報告を義務化する必要がある。

F. 健康危険情報

総括研究報告書にまとめて記載

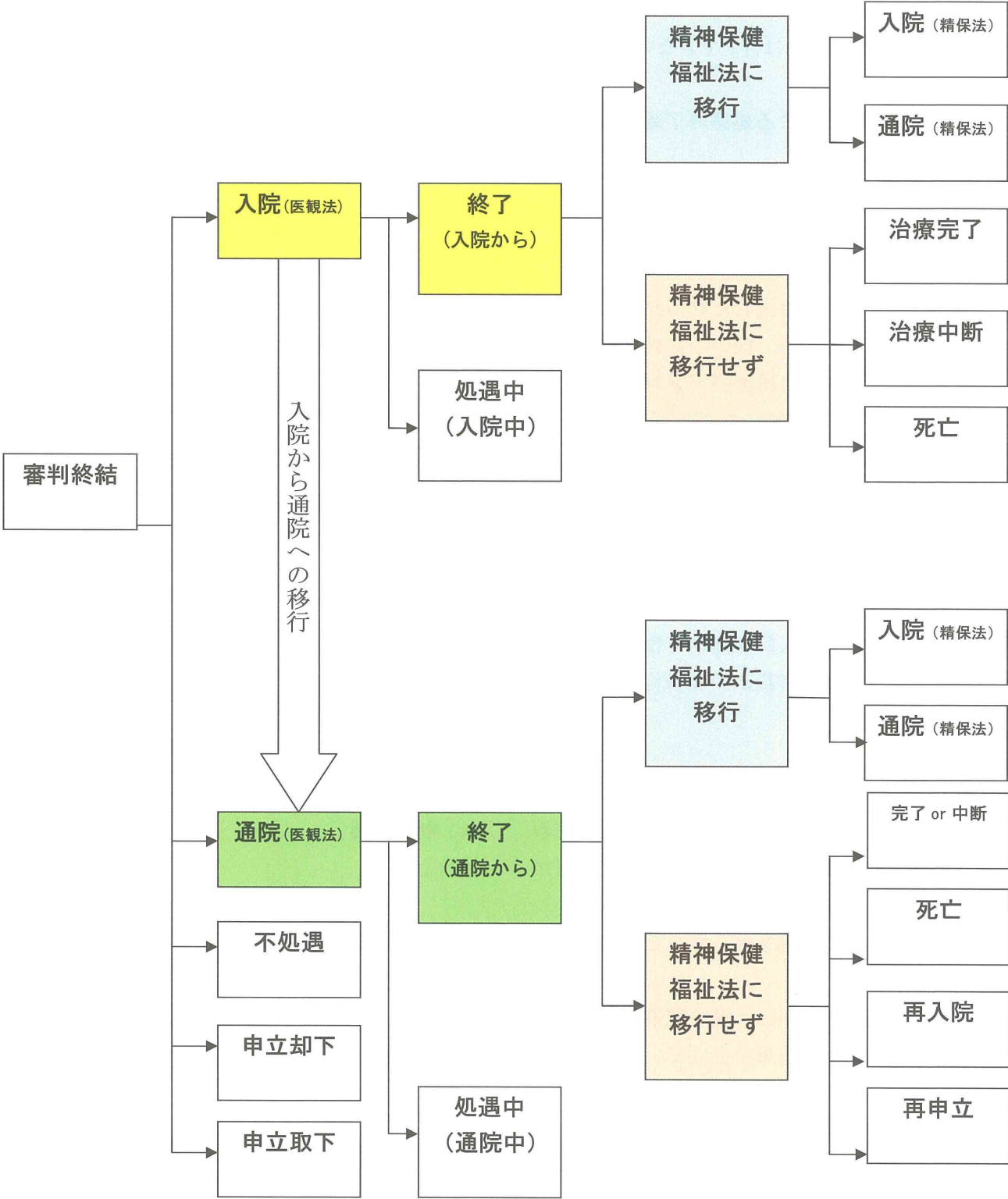
G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 研究発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

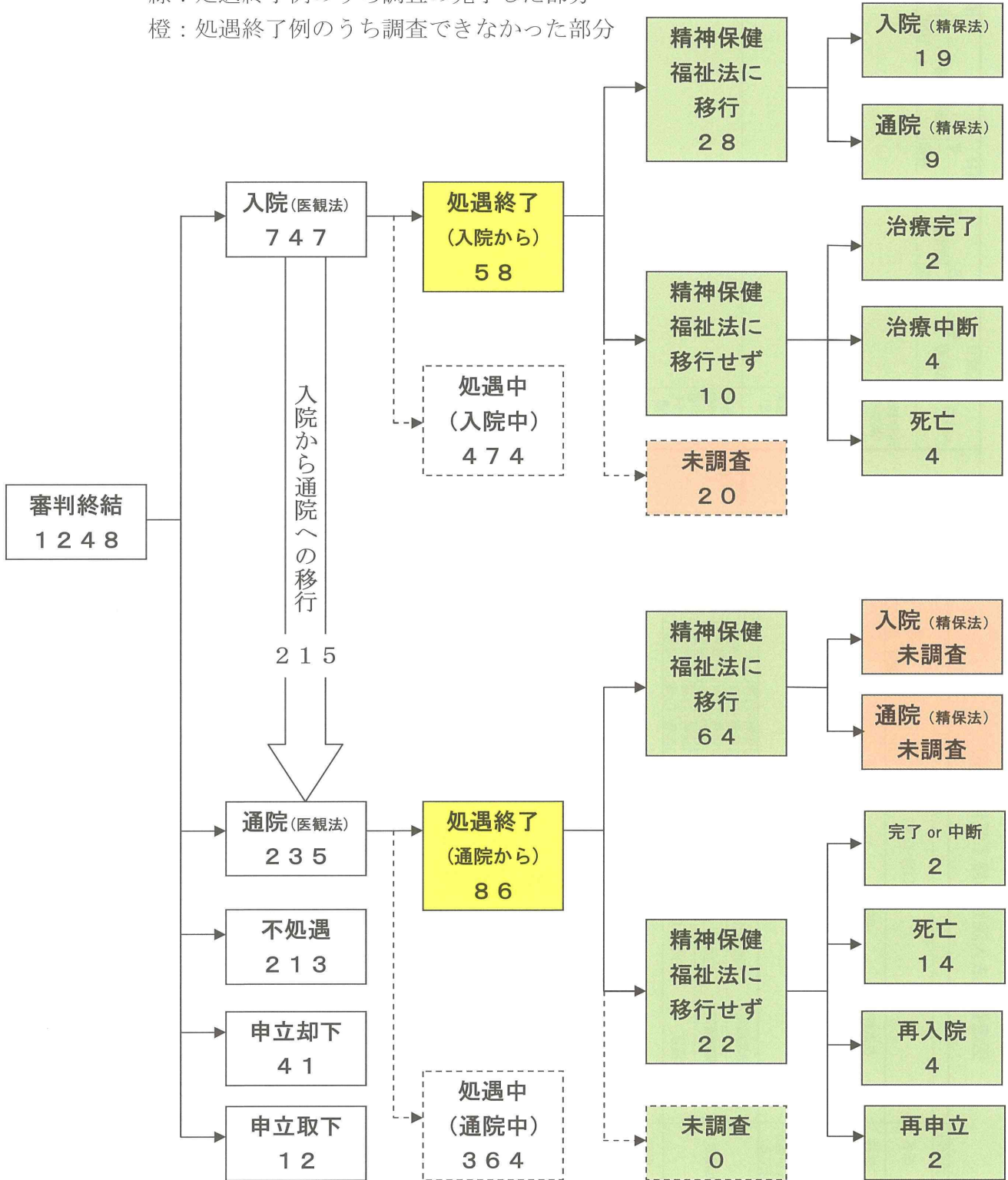
1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

【資料① 医療観察法医療対象者のフロー図】



【資料② 対象者のフロー（法施行～H20/12/31）】

緑：処遇終了例のうち調査の完了した部分
 橙：処遇終了例のうち調査できなかった部分



医療観察法入院処遇終了報告書(案)

対象者	フリガナ		
	氏名	(□男・□女)	生年月日 年 月 日 (退院時 満 歳)
	住所	都道府県 市区町村	
	生活状況	同居家族 婚姻歴 職歴	
当初審判申立てに係る他害行為(被害者等が家族か否かも記載すること)			
責任能力鑑定	起訴前簡易鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
	起訴前嘱託鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
	公判鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)	
司法判断	病名		
	終局決定	<input type="checkbox"/> 心神喪失による不起訴 <input type="checkbox"/> 心神耗弱による起訴猶予 <input type="checkbox"/> 心神喪失による無罪 <input type="checkbox"/> 心神耗弱による執行猶予 <input type="checkbox"/> 心神耗弱において執行すべき刑期なし <input type="checkbox"/> 不明	
精神科診断 (主治医による最終診断。ICD-10はF33等と記載すること)	主たる精神障害	従たる精神障害	身体合併症
生活歴及び現病歴 (推定発病時期、過去の精神科医療の内容、今回の申立てに至る経緯等を含めて詳細に記載すること)	ICD-10() ICD-10()		
過去の重大な問題行動(今回の対象行為を除く)	<input type="checkbox"/> 殺人 <input type="checkbox"/> 殺人未遂 <input type="checkbox"/> 放火 <input type="checkbox"/> 放火未遂 <input type="checkbox"/> 強盗 <input type="checkbox"/> 強盗未遂 <input type="checkbox"/> 強姦 <input type="checkbox"/> 強姦未遂 <input type="checkbox"/> 強制わいせつ <input type="checkbox"/> 強制わいせつ未遂 <input type="checkbox"/> 傷害致死 <input type="checkbox"/> 傷害 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 恐喝 <input type="checkbox"/> 脅迫 <input type="checkbox"/> 窃盗 <input type="checkbox"/> 器物損壊 <input type="checkbox"/> 弄火又は失火 <input type="checkbox"/> 家宅侵入 <input type="checkbox"/> 詐欺等の経済的な問題行動 <input type="checkbox"/> 自殺企図 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> その他		
当初審判結果	申立て日	年 月 日	鑑定入院終了日
	当初審判における精神科診断		
	<input type="checkbox"/> 入院決定 指定入院医療機関 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 () <input type="checkbox"/> 通院決定 指定通院医療機関 <input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 他院 ()		
当院処遇に至る経緯(当初審判後当院の処遇開始までの経過を詳細に記載すること。当初審判の結果として当院処遇となった場合は記載不要)			

当院での 処遇	入院日数	入院日 年 月 日 退院日 年 月 日	在院日数 日	
	急性期 日間	回復期 日間	社会復帰期 日間	
	治療経過 (薬物療法、精神療法、その他の治療等について詳細に記載すること)	外泊実績 通算 日間		
	入院処遇中の問題行動の有無及びその程度			
	特殊な治療行為	向精神薬の静脈内投与	□なし・□あり	薬剤名
		向精神薬の筋肉内投与	□なし・□あり	薬剤名
		持続性注射剤の使用	□なし・□あり	薬剤名
	身体合併症対応	電気けいれん療法の施行	□なし・□あり	
		クロザピンの投与	□なし・□あり	
	行動制限	他科又は他施設への搬送	□なし・□あり	傷病名
隔離		□なし・□あり	傷病名	
その他の特別な制限	<input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (うち終日隔離 日) <input type="checkbox"/> なし・ <input type="checkbox"/> あり (うち終日拘束 日)			
転帰	精神科診断			
	入院処遇終了時の審判結果	疾病性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 治療反応性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 社会復帰要因 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 退院許可決定 <input type="checkbox"/> 処遇終了決定 <input type="checkbox"/> 抗告受理 <input type="checkbox"/> その他()		
	退院後の居所	<input type="checkbox"/> 従前の居宅 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 新たな居宅 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 援護寮 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 精神科医療機関 <input type="checkbox"/> 指定入院医療機関 <input type="checkbox"/> 指定通院医療機関 <input type="checkbox"/> その他の精神科医療機関 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 矯正施設 <input type="checkbox"/> 死亡 <input type="checkbox"/> その他		
参考意見				
以上のように報告する。 年 月 日				
指定入院医療機関				
管理者氏名		主治医氏名		
行政処理欄				

医療観察法通院処遇終了報告書(案)

対象者	フリガナ			
	氏名	(□男・□女)	生年月日	年 月 日 (退院時 満 歳)
	住所	都道府県	郡市区	町村区
	生活状況	同居家族	婚姻歴	職歴
当初審判申立てに係る他害行為(被害者等が家族か否かも記載すること)				
責任能力鑑定	起訴前簡易鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)		
	起訴前嘱託鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)		
	公判鑑定	□なし・□あり { 判断能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失) 制御能力(□正常・□障害・□著しい障害・□喪失)		
司法判断	病名			
	終局決定	□心神喪失による不起訴 □心神耗弱による起訴猶予 □心神喪失による無罪 □心神耗弱による執行猶予 □心神耗弱において執行すべき刑期なし □不明		
精神科診断 (主治医による最終診断。ICD-10はF33等と記載すること)		主たる精神障害	従たる精神障害	身体合併症
生活歴及び現病歴 (推定発病時期、過去の精神科医療の内容、今回の申立てに至る経緯等を含めて詳細に記載すること)		ICD-10()	ICD-10()	
過去の重大な問題行動(今回の対象行為を除く)		□殺人 □殺人未遂 □放火 □放火未遂 □強盗 □強盗未遂 □強姦 □強姦未遂 □強制わいせつ □強制わいせつ未遂 □傷害致死 □傷害 □暴行 □恐喝 □脅迫 □窃盗 □器物損壊 □弄火又は失火 □家宅侵入 □詐欺等の経済的な問題行動 □自殺企図 □自傷 □その他		
当初審判結果	申立て日	年 月 日	鑑定入院終了日	年 月 日
	審判における精神科診断			
	□入院決定	指定入院医療機関	□当院	□他院 ()
□通院決定		指定通院医療機関	□当院	□他院 ()
当院処遇に至る経緯 (当初審判後当院の処遇開始までの経過を詳細に記載すること。当初審判の結果として当院処遇となった場合は記載不要)				

当院での処遇	通院日数	通院処遇開始日 年 月 日	通院処遇終了日 年 月 日	通院期間 年 月
	治療経過 (薬物療法、精神療法、その他の治療等について詳細に記載すること)			
	通院処遇中の問題行動の有無及びその程度	※本調査においては下記の設問のみにご回答ください。 医療観察法による再入院の有無 □なし □あり(通産 年 ヶ月)		
	精神科専門療法	精神科訪問看護・指導	□なし □あり 通算 年 ヶ月施行	
ケア会議及び精神保健福祉法による入院	ケア会議	開催回数 回	参加職種:	
	入院歴	年 月 ~ 年 月	病院名	入院形態
転帰	通院処遇終了時の審判結果	疾病性 □あり □なし □不明 治療反応性 □あり □なし □不明 社会復帰要因 □あり □なし □不明 □処遇終了決定 □(再)入院決定 □抗告受理 □その他()		
	通院処遇終了後の居所	従前の居室 □家族と同居 □単身 □その他 新たな居室 □家族と同居 □単身 □その他 施設 □グループホーム □援護寮 □老人保健施設 □その他 精神科医療機関 □指定入院医療機関 □指定通院医療機関 □その他の精神科医療機関 その他 □医療機関 □矯正施設 □死亡 □その他		
参考意見				
以上のように報告する。 指定通院医療機関 年 月 日				
管理者氏名		主治医氏名		
行政処理欄				

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）

医療観察法における医療の質の向上に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究

平成 21 年度～平成 23 年度

総合研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 宮本 真巳

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

平成23年度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21年度～平成23年度 総合研究報告書

多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究

分担研究者：宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

研究協力者：

美濃由紀子（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

高橋 直美（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

中井 邦彦（東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科）

龍野 浩寿（日本精神科看護技術協会）

下里 誠二（信州大学医学部保健学科）

谷本 桂（信州大学医学部保健学科）

山根 寛（社団法人日本作業療法士協会）

吉浜 文洋（神奈川県立保健福祉大学）

山口しげ子（国立精神・神経医療研究センター病院）

佐藤 功（国立精神・神経医療研究センター病院）

小野木和昭（国立精神・神経医療研究センター病院）

熊地 美枝（国立精神・神経医療研究センター病院、国立看護大学校）

高崎 邦子（国立精神・神経医療研究センター病院）

大迫 充江（国立精神・神経医療研究センター病院）

太智 晶子（国立精神・神経医療研究センター病院）

岸 清次（国立精神・神経医療研究センター病院）

中野千代子（国立精神・神経医療研究センター病院）

成田 賢栄（国立精神・神経医療研究センター病院）

堀江 誠（国立精神・神経医療研究センター病院）

山元 繁（国立精神・神経医療研究センター病院）

三澤 孝夫（国立精神・神経医療研究センター病院）

徳田 栄作（国立精神・神経医療研究センター病院）

竹村ちひろ（国立精神・神経医療研究センター病院）

深田 茂（国立精神・神経医療研究センター病院）

大橋 秀行（埼玉県立大学保健医療福祉学部）

岩井 邦寿（国立病院機構花巻病院）

小林 正義（信州大学大学院医学研究科）

大丸 幸（北九州市障害福祉センター）

香山 明美（宮城県立精神医療センター）

高橋 昇（国立病院機構花巻病院）

高橋 紀子（国立病院機構花巻病院）

山村 卓（国立病院機構花巻病院）

佐藤 紳一（国立病院機構花巻病院）

石川 直子（国立病院機構東尾張病院）

西谷 博則（国立病院機構肥前精神医療センター）

水上 礼子（国立病院機構北陸病院）

福岡 透（国立病院機構久里浜アルコール症センター）

斉藤みどり（国立病院機構久里浜アルコール症センター）

松本 文彦（国立病院機構久里浜アルコール症センター）

佐藤るみ子（国立病院機構さいがた病院）

山崎加代子（国立病院機構さいがた病院）

小口 万里（国立病院機構小諸高原病院）

瓶田 貴和（国立病院機構小諸高原病院）

村杉 謙次（国立病院機構小諸高原病院）

富岡 郁（国立病院機構小諸高原病院）

山本 欣司（国立病院機構下総精神医療センター）

今井 義和（国立病院機構下総精神医療センター）

比嘉 眞澄（国立病院機構琉球病院）

平良 明子（国立病院機構琉球病院）

森本佳代子（国立病院機構榊原病院）

界外 啓行（国立病院機構榊原病院）

高野 真弘（国立病院機構榊原病院）

矢崎 太郎（国立病院機構榊原病院）

牧野 英之（国立病院機構榊原病院）

中田 雄三（国立病院機構松籟荘病院）

南大林美智子（国立病院機構加茂精神医療センター）

中川 光幸（国立病院機構菊池病院）

井口 悟（東京都立松沢病院）	小野里 聡（群馬県立精神医療センター）
西田 幸一（大阪府立精神医療センター）	川島 篤視（群馬県立精神医療センター）
町 和夫（岡山県精神科医療センター）	菅谷 進（茨城県立友部病院）
田淵 章男（岡山県精神科医療センター）	西元 勝視（鹿児島県立始良病院）
大東 真弓（岡山県精神科医療センター）	沖 好子（国立病院機構鳥取医療センター）
松尾 寛子（長崎県立精神医療センター）	木下千世路（静岡県立こころの医療センター）
嘉山 一壽（神奈川県立精神医療センター-芹香病院）	小林 貴子（静岡県立こころの医療センター）
熊木 孝子（埼玉県立精神医療センター）	星川 幸子（山形県立鶴岡病院）
沖田 淳也（埼玉県立精神医療センター）	中山 薫（長野県立駒ヶ根病院）
飯野 栄治（埼玉県立精神医療センター）	清水しほり（山梨県立病院機構山梨県立北病院）

研究要旨

当分担任では、指定医療機関における多職種チームによる医療活動の実態把握と効果検証を目的として研究を進めてきている。平成21年度から23年度にかけては、指定入院医療機関と教育研究機関のコメディカルスタッフが連携して、現時点での指定入院医療機関における多職種連携の実状、効果、問題点等の解明を図ると共に、医療観察法による医療が開始してから現在に至る間に、どのような変遷が生じているのかについても明確にすることを試みた。その結果、以下の成果を挙げることができた。

1. 指定入院医療機関における多職種チームによる医療の現状、効果、課題

指定入院医療機関における多職種連携による医療提供の成果として、医療観察法による医療の開始以前には、困難事例として長期入院を強いられたと推測される対象者が地域自立を果たしていることが分かった。その背景としては、各専門職が他職種の視点や方法論について学び、それを自らの中に取り込むことを通じて視野を拡大させ、その結果、多職種チームによる対象者に対する包括的な理解に基づく、きめ細かで重層的な医療提供が可能になりつつあることが確かめられた。ただし、指定入院医療機関のスタッフならびに多職種チームの成熟は、常に順調に成し遂げられるわけではなく、職種や経験の相違からくるスタッフ間に意識のずれを埋めるのに時間を要し、率直な発言が葛藤を生んだり、対立を回避して率直な発言が抑制されたりという経過を多くのスタッフが経験していることも明らかになった。

職種や経験の差を越えて、スタッフの率直な自己表現が促進されるためには、同職種が固まらずMDTとしての活動が行いやすいような病棟設計や、経験豊富な病棟師長、医師、コメディカルスタッフによるリーダーシップの発揮など、職種の壁をなくすための意識的な工夫が行われるという条件が大きいことが示唆された。

多職種連携のカギとなる治療プログラムに関しては、28の指定入院医療機関から得られたアンケート結果から、プログラム数は週12.3回とやや少なめであり、施設間のバラつきも大きい。全体的には増加傾向があることが分かった。看護師の関与は、ガイドライン通りほぼ全プログラムにわたっているが、補助的な役割に止まっている場合も少なくないことが判明した。ただし、対象者がグループプログラムで体験した内容を病棟における日常生活の中で汎化すると

いう役割は多くの看護師が意識的に担っていた。

多職種連携の重要な問題点として、薬剤師の継続的な関与が実施されている施設は数か所に止まることが判明した。医療観察法病棟には薬剤師の配置がなく、病院全体としては薬剤師の配置基準が低いため慢性的なマンパワー不足が解消されていないという状況が確認できた。ただし、そのような状況下にあっても、少数の病棟ではMDTや治療プログラムへの薬剤師の積極的な関与が実施され、対象者の服薬への動機づけの向上等に大きな成果を上げていた。このことから、病院全体として、医師を中心に薬剤師の役割への期待を高め、積極的な要請を行うことの重要性が明らかになった。

2. 指定入院医療機関におけるピアレビューと事例検討会を通じた多職種連携の向上

数か所の指定入院医療機関に、看護師、精神保健福祉士、薬剤師で構成された調査チームが出向いてピアレビューを行い、事例検討会の実状に関する面接調査を行うと共に、事例検討会を実施した。その結果、多くの施設で事例検討会は行われているが、その目的は担当多職種チームによるミーティングや、病棟チームによるチーム評価会議など対象者のアセスメントと処遇方針の確認・修正・決定等に限定されていることがわかった。また、スタッフの事例検討会へのイメージは、肯定的な場合と否定的な場合にわかれた。肯定的な場合は、事例検討会の場が何でも言える安心感の抱ける場であり、MDTの取り組みが承認され達成感を得られる場となっていた。否定的な場合は、その反対にMDTの取り組み批判的に評価されることへの不安が伴っていた。

研究者等が依頼し実施した事例検討会には、事例提供者とMDTに対する支持的な態度、率直な感情表現を促す工夫、多角的・包括的なアセスメントを原則として参加することによって、事例提供者や病棟チームのエンパワメントがもたらされたことが確認できた。とりわけ、現時点で未解決の課題により行き詰まり感や不全感を抱いている事例提供者に対して、ピアレビュー参加者が長い経過の中では対象者は成長を遂げつつあり、前向きの変化があると指摘することが、行き詰まり感の解消に役立つと考えられた。

3. 既存の精神科病棟における多職種連携の可能性

既存の精神科病棟の勤務者の中には、指定入院医療機関における多職種連携の成果を認め関心を持つ者が増えてきている。しかし、勤務場所が指定入院医療機関である場合も、既存の病棟である場合も、多くのスタッフは指定入院機関に匹敵するマンパワーやシステムの整備なしには、多職種連携もプログラム活用も困難であると考えていた。ただし、多職種連携は治療共同体の実践が成果を挙げた第2次大戦中に提起された方式であり、精神科医療の基本であることを認識し、できるところから始めたいという前向きな考え方も徐々に始めていることがわかった。

A. 研究目的

医療観察法による医療は、治療共同体の理

念をモデルとし、多職種の連携により対象者の治療・ケアにあたることを重要な原則としている。従って、指定医療機関における多職種

チームによる活動の実態把握及び効果検証を行い今後の課題の明確化を図ることは、医療観察法による医療の質的向上にとって不可欠と考えられる。そこで、本研究では、指定医療機関と研究教育機関のコメディカルスタッフが連携して、医療観察法による医療の開始から現在までに、各施設において多職種チームにおける連携がどのように実践され、どのような現状にあるかについて、以下の視点から、包括的な把握を試みると共に、指定入院医療機関処遇ガイドラインの改善に向けた問題把握を目的としてきた。

- ①多職種連携に関する各職種の認識
- ②病棟内における多職種チームの集団力動
- ③社会復帰自立支援をめぐる多職種連携
- ④多職種による事例検討会の機能
- ⑤職種によるピアレビューの機能
- ⑥薬剤師との連携をめぐる問題把握

B. 研究方法

全国の指定入院医療機関の看護管理者を対象として、質問紙調査とグループインタビュー調査を実施した。また、医療観察法病棟に多職種によって構成された調査チームが出向いて、病棟の多職種チームと共にピアレビューを行い、事例検討会を開催すると共に、スタッフの個別面接およびグループ面接を実施した。また、精神科看護の専門学会で多職種連携に関するワークショップを開催し、参加者の協力を得てアンケート調査を実施した。

<倫理面への配慮>

本分担研究への取り組みの一部（国立精神・神経医療研究センター病院スタッフとの共同研究）においては、センター病院の倫理審査委員会に審査を申請し、承認を受けて実施した。それ以外の調査に関しては、調査対象者に対して、書面による趣旨説明に基づき研究・発表への同意を得ると共に、あらゆる時点に

における調査拒否の権利を保証した。また調査対象者の所属する施設や団体の管理者、看護管理者に協力を要請し、事前に了解を得て調査を実施した。

C. 研究結果

1) 多職種チーム医療についての看護師の認識

指定入院医療機関の看護管理者を対象としたアンケート調査及びグループインタビューにより、看護師の視点から医療観察法における多職種連携の実態把握と効果検証を行った。多職種連携の実態には施設間、施設内で多少の差があるが、多職種連携の効果として対象者への多角的な支援の提供、専門知識・技術の共有による成長、判断や責任の共有による特定職種の負担の軽減とチームの凝集性の高まりが確認できた。現状の課題として、各職種のアイデンティティの揺らぎ、コメディカルの人員不足、教育システムの不足が明らかになった。

2) 多職種チームの現状

①多職種チームの組織上の問題

多職種連携が十分に機能するための契機として、①「公式組織」と「非公式組織」のバランス、②長期にわたる経験の蓄積を通じた段階的な成長、③MDTや病棟スタッフのサポートにより困難を乗り越えた体験等が挙げられた。

また、多職種連携の促進要因として、①凝集性を高める施設規格、②強力なリーダーシップ、③管理者とスタッフのコミュニケーション、④率直に話し合える雰囲気、⑤余裕のある業務量等が抽出された。ケアコーディネーターの役割については、MDT内における人間関係の調整よりも、正確な見通しに基づいて治療・ケア方針を提起できるリーダーシップが重視されていることがわかった。

②多職種連携に向けたチーム作り

調査対象施設では、開設当初の病棟管理職がリーダーシップを発揮することによって、スタッフが対象者の社会復帰支援に責任を持ち、多職種による活発な議論に基づいて多職種チーム医療を提供するという文化が築かれ、チームに根付いていた。対象者の社会復帰を支援するという多職種連携の目的が明確に共有されることにより、様々な意見が対象者支援の幅を広げ、多角的かつ重層的な医療の提供に役立つものとして尊重されていた。

多職種による議論を活発にするために、病棟全体で話し合いの機会を持つためのスケジュール管理や病棟空間の工夫、情報共有のための記録用紙の工夫が行われていた。また各職種の専門性や役割についての学習会と実践を連動させることによって、相互理解を深める工夫が行われていた。それに加えて、医療観察法病棟と院内の一般精神科病棟との交流も積極的に行われていたことが、医療観察法病棟の質の維持と一般精神医療の底上げに役立っていると考えられた。

③多職種連携による対象者の内省深化の支援に向けた取り組みについて

指定入院医療機関の看護師を対象に、対象行為の確認による内省深化に向けた関わりの実施状況を聞き取り調査したところ、「臨床心理技術者が行うことが多い」「入院の最初から関わった方が治療導入という意味でいいのかと思うが実際にはできていない」「積極的に行っていない」などの声が聞かれた。全般的に、内省深化への関わりの必要性を感じてはいるものの、実際には担当の臨床心理技術者に任せる傾向が強く、看護師としての関わりは希薄な状況が伺えた。

一方で、内省深化に向けた看護師による取り組みが積極的に行われている場合もあり、内省深化に向けた看護師の取り組みは施設、個人によるばらつきがあることがわかった。

多職種連携による内省深化への取り組みは、概ねMDTに委ねられる傾向があり、その他のスタッフは補完的な役割を取っていたが、場面によってはMDT外のスタッフが役割をとる必要もあると考えられるが議論は熟していなかった。また、内省深化のプロセスについての理解や期待が、MDTと対象者、MDT内、MDTと他スタッフの間でずれることによってスタッフが苦悩する場面があることがわかった。

④多職種連携による社会復帰支援について

退所者の社会復帰支援をめぐる多職種連携については、ピアレビューにおける参加観察および面接調査の結果、施設内での連携はおおむね良好であり、必要な支援は行われており成果も徐々に表れていると考えられた。その一方で、施設と外部（社会復帰調整官や、地域スタッフ）との連携の強化や工夫が必要であることが示唆された。

⑤多職種チームにおける薬剤師の役割と他職種との連携

指定入院医療機関における薬剤師の活用は、一部の施設に限定されているが、それらの施設に於いては大いに成果を挙げていることがわかった。従って、薬剤師が活用されている施設の実情が周知されることによって、他施設でも薬剤師との連携を推進できる可能性が高いことが示唆された。

薬剤師の基本的な役割である、薬剤投与をめぐる多様な選択肢と、患者にとって最適な選択にむけた判断根拠の提示は、医師はもとより多職種チーム全体にとって、極めて有益であり重要な意味を持っている。とりわけ、患者が精神科治療薬の服用への抵抗感から服薬を中断し、再発に至るといった流れをどのようにして食い止めるかという精神科医療にとっての長年の課題に関して、薬剤師と患者の日常的な接触と、他職種のきめ細かい連携によって克服していく可能性が示唆された。

その反面、薬剤師の多職種連携への参加が不十分な現状からみて、問題が山積されていることが示唆された。最も大きな問題は薬剤師のマンパワー不足であることは論をまたない。すなわち、薬剤師による患者教育の重要性が認識されながらも配置基準が改善されていないこと、MDTの一員として定員化されていないという現状がある。

ただし、このような現状においても、一部の施設ではそれぞれの工夫と努力によって、薬剤師が多職種チームにおいて重要な役割をとっていることも事実である。これらの施設では、病院管理を担う医師や看護師が薬剤師の役割を重視し協力を求めていること、病棟の看護スタッフも服薬に抵抗を示す患者への関わりについて薬剤師に助言を求める等の動きがあることがわかった。

3) 多職種による事例検討会の機能と活用方法の明確化

ピアレビューの対象施設においては、概ね事例検討会の機能について肯定的なイメージを持っていたが、事例検討には抵抗感を抱いている施設もあった。

肯定的なイメージを抱いている施設では、実際に事例検討会を有効に活用することができていた。その背景として、事例提供者にとって事例検討会は安心感の抱ける場であると共に、MDTの取り組みが承認され達成感が高められる場になっているという事情が明らかになった。

一方、事例検討会に抵抗を覚えているスタッフの多い施設では、事例提供を行ったスタッフ、MDTが批判を浴びることへの不安感が強かった。

この結果から、事例検討会は、事例提供への負担感を軽減し安心感を抱けるような工夫を運営に取り入れることによって継続的な実施が可能であると考えられた。また、感情活

用能力の向上を通じて視野の広がりやエンパワメントの効果が得られること、多職種の参加によって有効性はより高まることなどを確かめることができた。

4) 既存の精神科病棟における多職種連携の可能性

精神科看護の専門学会で多職種連携に関するワークショップを開催し、参加者の協力を得てアンケート調査を実施した。既存の病棟に多職種連携を浸透させる上で活用できそうだと思う活動内容については、以下の9項目が抽出できた。

①看護師によるケアコーディネーター役割の遂行、②各職種の専門性を生かした患者への言葉かけの工夫、③各職種の専門性を結集した多角的なアプローチ、④各職種・患者も含めた情報の交換と共有、⑤患者本人のニーズに沿ったオーダーメイドの支援、⑥患者参加型の会議の実施、⑦治療共同体の理念に基づく対等な関係作り、⑧定期的な担当多職種による話し合いと、病棟チームによる治療評価会議の設定と開催、⑨薬剤師の積極的な参加。

また、医療観察法病棟では実施されているが、一般精神科病棟では実施が難しいと感じられる内容としては、以下の11項目が抽出された。

①多くの職種の参加を可能にするための時間調整、②頻回なMDT会議の開催、③多職種連携を前提とした医療システムの整備、④マンパワーの確保、⑤患者参加型会議の実施、⑥看護師によるケアコーディネーター役割の遂行、⑦多職種連携という認識の浸透、⑧従来からの権威的な組織構造の解消、⑨限定された入院期間内での多職種連携の形成、⑩多職種チームにおける効率の良い会議進行、⑪多職種間の効率的な情報共有を可能にするシステムの確立。

D. 考察

1) 多職種チーム医療への看護師の認識について

多職種連携の効果として、対象者への多角的な視点からの支援の提供、専門知識・技術の共有によるスタッフ自身の成長、判断や責任の共有による特定職種への負担の軽減、チームとしての凝集性の高まりが確認できた。現状の課題としては、スタッフ間・職種間の葛藤、各職種のアイデンティティの揺らぎ、コメディカルスタッフの人員不足、教育・研修システムの不十分さなどが明らかになった。

この結果から、指定入院医療機関における多職種連携は、様々な困難や条件の不備等による制約を抱えながら、徐々に発展を遂げ成果を上げつつあることがわかる。施設間のばらつきはあるが、他施設とりわけ先行施設ではすでに経験し克服している課題があちこちで再現している場合もあると考えられるので、ピアレビューをはじめとする体験交流の場を保証することが重要である。さらには、典型的な課題を明確にし、その克服に向けたガイドラインを作成することや、その内容を生かした研修を設定することも重要と考えられる。

2) 多職種チームの現状について

多職種チームによる医療の精神科医療のみならず、医療界全般において懸案とされながら十分に取組みられてこなかった課題といえる。指定入院医療機関においては、経験の乏しさからくる葛藤や揺らぎを経ながらも、他職種との付き合い方をそれぞれの職種が学んできた経過を見いだすことができた。とりわけ、対象者への支援をめぐる成果がスタッフの達成感を高めるとともに、有効性の高い具体的な方策につながっているという事情の影響が大きいと考えられる。多職種連携をめぐっては、特定職種に責任や権限を集中させず、スタッフの対等性を保証することを前提とし

ている。それだけに却って主導権争いが生じて葛藤が生じ、チームのまとまりを欠く場合があると考えられている。調査結果からも、多職種連携をめぐってスタッフが葛藤やアイデンティティの揺らぎを体験する可能性があることが確かめられている。しかし、そのような体験をしながらも、徐々に課題や状況に応じた責任性の分担やリーダーシップの確立がみられることもわかってきた。比較的順調にしているチームの場合、比較的早期から意識的なリーダーシップの形成と役割分担が行われており、そのような事例に関する分析と認識の共有が必要であると考えられた。

3) 多職種による事例検討会の機能と活用方法について

指定入院医療機関における事例検討会の実態としては、MDT会議、治療評価会議、ケア会議の枠組みの範囲内で、アセスメントと処遇方針の確認のための会議に偏りがちであるという傾向が見出された。また、これらの会議については、自分や自分の属するMDTが報告を行う際には、不十分な点について批判を浴びるのではないかという不安を抱くスタッフが少なからずいることが判明した。ただし、MDT会議、治療評価会議、ケア会議の場を活用して、評価や立案にとどまらない率直な意見交換が行われているチームも若干は見受けられた。

上記の会議以外に率直に本音を言い合う中から対象者の全体像の理解を深め、スタッフとしての役割や多職種チームの在り方について検討を深める機会の必要性を認識し、定期的な事例検討会を開催している施設もあるが、ごく一部にとどまっていた。一方で、ピアレビューを実施した機会に、このようなスタイルの事例検討会を実施することによって、事例検討会についてのイメージが変わり、事例提供者が自信や安心感を高め、エンパワメン

ト効果をもたらされることが確かめられた。今後、ピアレビューや研修を通じてスタッフの力量の向上につながる事例検討会が施設内に浸透する方向での配慮が重要であると考えられる。

4) 既存の精神科病棟における多職種連携の可能性

調査結果から、医療観察法病棟における多職種連携は、既存の精神科病棟に比べれば充実したマンパワーと、多職種連携を前提とした治療システムによるところが大きいものの、既存の精神科病棟でも導入が可能な面も少なくないことが判明した。

医療観察法による医療との接点の少ない調査対象者の方が、多職種連携の導入に困難さを強く感じている傾向が伺われたものの、全般的に、できることはあるという感触を得ている看護師が多いという実態が明らかになった。医療観察法病棟が院内にある病院の場合、人事交流を意図的に行い、医療観察法病棟から他病棟に異動したスタッフに多職種連携について問題提起をする等の方法によって、導入の必要性に関する認識を院内に浸透させる試みが効果を挙げていた。

E. 結論

指定入院医療機関における多職種連携は、紆余曲折を経ながらも徐々に軌道に乗り、対象者の社会復帰支援に有効性を発揮しつつあることが明らかになった。

現状では、多くの問題を抱え、行き詰まりを覚えている病棟も多いが、すでに先行施設が経験し克服している問題の再現である場合も多いことがわかった。そこで、ピアレビュー等を通じた体験交流の機会を確保することや、生じやすい問題やその解決法について整理し、ガイドラインを作成し研修内容を充実させることが重要であると考えられた。ピアレビュー

や研修においては、率直な感情表現を重視し、事例提供者のエンパワメントを目標とする事例検討会を取り入れることの有効性が確かめられた。

多職種連携において各職種が発揮できる役割については、相互理解が深まりつつあるが、薬剤師の活用が立ち遅れており、マンパワーの充実も含めて検討すべき点が多い。

指定入院医療機関における多職種連携の経験を経験した既存の精神科病棟に取り入れるという懸案課題については、マンパワーやシステムをめぐる課題は多いが、導入が可能な面があることについての認識は浸透しつつあり、多面的な取り組みが必要であることが示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 宮本真巳：医療観察法と多職種チームの可能性. 臨床精神医学, 38 (5) pp. 693-698, 2009年5月
- 2) 美濃由紀子：医療観察法病棟における多職種協働－看護職の立場から－. 精神科治療学, 24 (9), pp. 1069-1075, 2009年9月
- 3) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳：医療観察法病棟における多職種チーム連携の利点と課題－入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告－. 日本精神科看護学会誌 (The Japanese Psychiatric Nursing Society), 精神看護出版, pp. 143-147, 2010年2月
- 4) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳：入院時面接を含む入院後48時間の濃厚な関わりの中で看護師が果たす役割－医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告(2)－. 日本精神科看護

- 学会誌 (The Japanese Psychiatric Nursing Society), 日本精神科看護技術協会編: 精神看護出版, pp. 543-547, 2010年2月
- 5) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳: 指定入院医療機関における司法精神医療の実態に関する研究-多職種による入院時受け入れ面接と内省深化のアプローチに焦点をあてて-. 精神看護出版, 精神科看護, 37(2), pp. 42-47, 2010年2月
- 6) 下里誠二: 暴力のリスク・マネージメント 暴力を回避する対処方法. 精神医療53: pp. 105-109, 2009年
- 7) 下里誠二: 包括的暴力防止プログラム (CVPPP)・その後 身体的介入に偏らず, 患者の視点での技術に研修を重ねる中で見えてきたこと. 精神科看護 36 (9): pp. 42-48, 2009年
- 8) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳: 指定入院医療機関と特定医療施設における司法精神医療の現状と課題-医療観察法の指定医療機関等に関する改正附則第2条をめぐって-. 日本精神科看護学会誌, 53 (2), pp. 222-226, 2011年2月
- 9) 美濃由紀子, 牧野貴樹, 宮本真巳: 指定通院医療機関における触法精神障害者の治療・ケアの現状と課題-多職種チームスタッフの困難感に焦点をあてて-. 司法精神医学 (Japanese Journal of Forensic Mental Health), 6 (1), pp. 2-9, 2011年3月
- 10) 熊地美枝, 美濃由紀子, 高橋直美, 宮本真巳: 医療観察法病棟における常時観察への取り組み-行動制限最小化と安全性の確保-. 日本精神科看護学会誌, 54 (3), pp. 177-181, 2011
- 11) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 高橋直美, 宮本真巳: 医療観察法病棟における治療プログラムの実態と運営・般化をめぐる困難-看護師が主催する治療プログラムに焦点をあてて-. 日本精神科看護学会誌 (The Japanese Psychiatric Nursing Society), 54 (2), 日本精神科看護技術協会編: 精神看護出版, pp. 61-65, 2011.
- ## 2. 学会発表
- 1) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 医療観察法病棟における多職種チーム連携の利点と課題-入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告-. 日本精神科看護学会 第16回 専門学会 I, pp. 135-139, 2009年7月 (名古屋)
- 2) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 触法精神障害者の治療プログラム実施に対する看護職の取り組み-医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療の実践報告-. 第40回 日本看護学会-精神看護, pp. 129, 2009年8月 (島根)
- 3) 美濃由紀子, 宮本真巳: 指定入院医療機関における司法精神医療の実態に関する研究-多職種による入院時受け入れ面接と内省深化のアプローチに焦点をあてて-. 第40回 日本看護学会-精神看護, p. 130, 2009年8月 (島根)
- 4) 美濃由紀子, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 入院時面接を含む入院後48時間の濃厚な関わりの中で看護師が果たす役割-医療観察法入院処遇ガイドラインに基づくチーム医療活動の実践報告-. 日本精神科看護学会 第16回 専門学会 II, pp. 341-345, 2009年11月 (熊本)
- 5) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳: 医療観察法病棟におけるリスク管理の実態とリーダーシップをめぐる困難感-看護師長インタビューの結果から-. 第29回 日本看護科学学会学術集会, p. 374, 2009年11月 (千葉)
- 6) 下里誠二, 谷本桂: 精神科における患者の身体的攻撃の短期的予測因子の検討. 第35回日本看護研究学会, 2009年8月 (横浜)

- 7) 熊地美枝, 大迫充江, 太智晶子, 高崎邦子, 高橋直美, 高橋理沙, 山口しげ子, 宮本真巳: 指定入院医療機関を退院した対象者の対象行為に関する内省プロセスの明確化. 第29回 日本看護科学学会学術集会, p. 27, 2009年11月 (千葉)
- 8) 高橋直美, 美濃由紀子, 宮本真巳: 多職種チームによる医療の実際と効果に関する研究～医療観察法病棟看護管理者の認識を通して～. 第18回日本精神障害者リハビリテーション学会, p. 75, 2010年10月 (浦河)
- 9) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳: 指定入院医療機関と特定医療施設における司法精神医療の現状と課題－医療観察法の指定医療機関等に関する改正附則第2条をめぐって－. 日本精神科看護学会 第17回 専門学会 I, pp. 222-226, 2010年 8月 (高知)
- 10) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳: 治療プログラムへの看護師の関与の実態と治療的效果－医療観察法病棟看護管理者への調査から (第1報)－. 第30回 日本看護科学学会学術集会, p. 432, 2010年12月 (札幌)
- 11) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳: 医療観察法におけるリスクマネジメント・看護チーム運営の実態と課題－看護管理者への調査から (第2報)－. 第30回 日本看護科学学会学術集会, p. 432, 2010年12月 (札幌)
- 12) 熊地美枝, 美濃由紀子, 高橋直美, 宮本真巳: 医療観察法病棟における常時観察への取り組み－行動制限最小化と安全性の確保－. 日本精神科看護学会 第18回 専門学会 II. 2011年12月
- 13) 美濃由紀子, 龍野浩寿, 高橋直美, 宮本真巳: 医療観察法病棟における治療プログラムの実態と運営・般化をめぐる困難－看護師が主催する治療プログラムに焦点をあてて－. 日本精神科看護学会 第18回 専門学会 I, p. 61-65, 2011年 8月 (三重)

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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）
医療観察法における医療の質の向上に関する研究
（研究代表者：中島 豊爾）
分担研究

医療観察法の運用における人権擁護に関する研究

平成 21 年度～平成 23 年度
総合研究報告書

平成 24（2012）年 3 月

分担研究者 五十嵐禎人

千葉大学社会精神保健教育研究センター