

例など、3事例を研究会に提示した。

3. ケースブック用仮想事例作成

平成 26 年度判定事例研究会提供事例を仮想化しケースブック事例とした。

事例の概要

【対象者】 対象行為時 30 歳代、女性

【対象行為】 放火 第 1 回入院時 再入院時には特に触法行為なし

【家族歴】 特になし。

【既往歴】 特になし。

【生活歴】 正常出産で第 3 子次女として誕生し発達歴に特記すべき事項なし。小中学校と成績は優秀だったが、内気で友人の数は少なかった。高校卒業後、他県で就労し、27 歳で帰郷し、見合い結婚し、X-6 年まで就労した。

【飲酒薬物歴】 飲酒習慣や薬物乱用なし。

【現病歴】 発病は 25 歳で、「盗聴される」と述べ精神科初診し統合失調症と診断された。28 歳、「夫は浮気している」と述べ、自殺未遂し初回入院した。X-7 年、家事のミスも多く、何もかも嫌になり、大量服薬し入院した。対象者は、幻聴と妄想に影響され縊首などの自殺未遂と自殺企図や自傷のエピソードを反復した。入退院を繰り返す度に精神機能も低下し精神症状は悪化し、X-6 年から幻聴も活発化した。X-2 年、通院中断した。

【対象行為に至る経過】 対象者は、夫と舅、姑の 4 人暮らしをしていた。通院中断後、対象者と姑の関係は悪化し、「姑が物を盗り、味噌汁を勝手に変える」と述べるようになった。X-1 年、命令性幻聴に従って自殺未遂をし、精神科に入院し 2 か月で退院した。退院後、対象者は、服薬は不規則であった。X 年 1 月、対象者は、姑に出て行けと怒鳴った。対象行為

2 1 日前、主治医から家族に電話があり、対象者は「妊娠したから薬は飲まないといきなり診察室を飛び出してしまった、症状が不安定なので入院した方がいい」と連絡があり、医療保護入院の必要性の説明を受けた。妊娠は事実ではなかった。

【対象行為とその後の発言】 対象行為当日、対象者は、姑の部屋に行き、灯油を撒き紙を丸めライターで火をつけた。対象者の供述によると、対象行為当日目覚めた後、『こらしめるのだ』という声が聞こえてきた。直接に姑を指定したわけではなかったが、対象者は、姑が悪いと考え、姑をやるのだと決意し、姑の部屋を訪れ、姑が不在だったので、灯油をまき、新聞紙を丸め、ライターで火をつけた。「エフとエスが悪をはびこらせていた。姑はエフの中でも一番大物だった。自分が姑の部屋に火を点けたことにより、無数にいたエフを自分の仲間がやり、それでエフは弱体化した。今ではエスも弱体化した。夫の力もあって悪が宇宙から消え穏やかになった」「エスは元同僚で、夫の奥さんとして宇宙に勢力を持っていた。戸籍上は自分だが、夫は木星の王様なのだ。宇宙の結婚をエスとしている」。姑の部屋への放火については「いや、ちょっとこらしめたただけだ。」と答えた。対象行為後、離婚した。

【医療観察法鑑定 第 1 回入院前】

(1) 疾病性：診断 対象者では覚せい剤などの精神作用物質の使用歴はない。脳の器質病変もなく、精神障害を惹起しうる身体疾患の合併もない。精神症状の内容とその経過は ICD-10 の妄想型統合失調症 F20.0 の診断基準に一致する。統合失調症と考える。

(2) 再発・再犯の可能性 漠然とした病感

が無いわけではないが、全体としては病識欠如に近い。自らの精神障害により、対象行為を犯したという認識はない。医療観察法による入院治療により、十分な期間、濃厚な医療を行わなければ、今後はまた拒薬するおそれが強く、その際に精神病症状が悪化し、同様の他害行為を犯すおそれは十分に残る。再発・再犯の可能性が具体的に存在する。

(3) 治療反応性 A病院では、幻覚妄想状態により拒絶、不穏が強く、平静な会話が保てない状態を当初呈したが、同院における薬物療法により、改善した。当院では、妄想は強く残るものの、穏やかに院内での生活を安定して行い、医療上の指示に従える状態となり、明らかに改善しており、治療反応性を有する。

(4) 現在利用可能な医療及び社会資源 市内の病院へ通院可能で、必要な医療資源はある。社会資源不詳。両親は、予想外の事件に混乱、当惑し、養育中の孫の今後を強く心配し、対象者への処遇を考えるゆとりは無いように見える。

【対象行為後の司法判断】心神喪失が認定され医療観察法第1回入院が決定された。

【医療観察法第1回入院中の治療経過】医療観察法第1回入院後、持続的に薬物療法をおこない幻聴は消失し、新たな妄想も出現していない。入院当初、「幻聴は症状でなく現実であり、宇宙や未来の世界から自分へのメッセージである」という妄想が強固であったが、疾病教育により疾病知識を獲得し、チームとふりかえり、月単位で妄想的確信が揺らぎ、入院数か月後の5月には妄想に対する正しい認識が持続的に持てるようになった。それとともに、対象行為に対する後悔と自責が強くなり、担当スタッフに相談した。治療継続の認識も向上し、

今後も服薬し病状悪化を防ぎ、他害行為再発を防止する意思を自分から一貫して表明できている。退院後の生活が具体化した後に、今後の生活に対する不安とともに、幻聴が再び出現した。対象者と担当チームで話し合い、精神症状が悪化したときの対処を実際に行った。幻聴が生じた後も現実と混同することはなく、疾病の正しい認識は損なわれず、幻聴に支配されることはなかった。薬剤調整も本人自身の適切な認識のもとづき、協力の下で行い、幻聴は長期間継続することなく消褪した。病状悪化した際も適切に相談でき、本人の疾病と症状に対する認識は揺るがず、薬剤調整・治療の軌道修正を自分から受けることが確認された。病状が現実ストレスで容易に悪化する可能性も判明したため、今後は、ストレス状況と病状経過を見定めながら、薬剤調整と適正な認識の確認をおこなう必要がある。

これまでの病状経過で治療中断と病状悪化を反復していることから、医療観察法入院処遇終了後は、精神保健福祉法入院により、妄想の改善と治療継続必要性の認識を確認し、その上で段階的にグループホームへの帰住を進めることになった。オランザピン 20mg+パリペリドン 12mg で症状安定したが、受け入れ機関から抗精神病薬の種類を減らすよう要望があり、パリペリドン 12mg+バルプロ酸 600mg に変更した。

【医療観察法第1回退院】入院16か月後の12月に退院し、医療観察法の通院処遇で、精神保健福祉法の任意入院をした。

【医療観察法通院処遇】当初は精神安定を保っていた。通院移行2か月後、対象者が主治医に眠気が困るといい減薬を訴えたため、バルプロ酸を中止しパリペリドン 12mg を維持した。通院移行4か月後4月、元夫が迎えに来るとの思いから、身仕度をして一睡もせず待っていた。通院移行後6か月後6月、パリペリドンを6mgに減量し、ブロナンセリンを16mgまで使用したが、対

象者は、社会復帰調整官に、元夫と元夫の真似をする心の声が聞こえると述べ、元夫の声は、「元気か」「もうお前のことを許しているから戻ってこい」などと言う。主治医は、グループホームへの第2回試験外泊を予定通り実施する方針を示したが、対象者は、「主治医を信用していない。私に何か隠し事をしているような気がする。グループホームには行きたくないの、グループホームに試験外泊する必要はない。元夫のところに帰る」と述べた。その後、エフやエスなど、対象行為時の妄想の内容も話すようになり、他の入院患者や職員に対し、「悪が乗り移っている」などと述べるようになった。その後、対象者は、下腹部の張りを訴え、婦人科を受診したが、異常所見はないと言われた。対象者は、「元夫の子がお腹にいる」、「妊娠は神からのお告げある」、「自分の心の声でお腹の子が反応し動いてくれる。」と述べ、心の声は現実であると主張した。通院移行7か月後7月、プロナンセリンを中止しアリピプラゾールに変更し24mgまで使用後、オランザピン20mgに変更したが、対象者は、「エスの部下が病棟内に頻繁に出入りしており、悪さをしている」「お腹の赤ちゃんを中絶させようと注射を打ってくる」「元夫の御心が乗り移っている人が病棟内におり、元夫の御心に手を出す女性が多い。元夫が心配」と述べた。

【再入院申し立て】妄想の構築を遂げている対象者は、本法の通院処遇下における精神保健福祉法の入院による治療環境では、回復は困難であり、十分な疾病教育等を行える本法の入院による医療が必要である。対象者を、指定入院医療機関に入院させて、対象者の特性に適合する方法で、集中的かつ段階的に内省の獲得のための取組や疾病教育の再実施を行う等、対象行為を行った際の精神障害を改善し、これに伴って同様の行為を行うことなく、社会に復帰することを促進するため、入院させて本法による医療を受けさせる必要があると認めるに至ったものである。

【医療観察法鑑定 再入院申し立て時】8月から9月
鑑定入院中精神現症、プロナンセリンを20mg使用し、幻聴は消失し、不安や被害感も無いと話している。幻聴が聞こえなくなった寂しさがあり、ラジオで気を紛らわせている。意欲低下や感情表出の乏しさが目立つ。作業療法を増やしてほしいという希

望がある。

主文 対象者は妄想型統合失調症（ICD-10コードF20.0）に罹患しており、精神障害者である。対象者の罹患している妄想型統合失調症は、対象行為を行った際の心神喪失又は心神耗弱の原因となった精神障害と同様のものである。対象者の罹患している統合失調症は薬剤に対する治療反応性がある。本法による入院処遇を受けさせなければ、その精神障害のために同種の行為を行う具体的・現実的な可能性がある。

医療観察法による治療必要性和治療処遇の意見

対象者の攻撃性が格段に高まるのは例年4月から6月であり、当該対象行為も4月に起こしている。今回の鑑定入院の原因になった幻覚妄想の増悪や内的不穏も春に起きている。また、秋から冬にかけては抑鬱気分や意欲低下等の精神症状が悪化するケースが多い。従って一定の季節関連性が認められる。医療観察法の通院処遇だけでは不穏状態に対応出来ないのは過去の経過から明白である。また精神保健福祉法による入院を併用しても、今回の不穏に対応出来なかった。対象者も春から初夏にかけて攻撃性が高まる事を認識していなかった。また、対象者の初診時の訴えの一つである記憶力の低下、当院に鑑定入院した日の長谷川式簡易知能評価スケールが24/30点で短期記憶の悪さが見られた点、心理検査で知能指数92と正常範囲内であるにも関わらず短期記憶の一種である動作記憶(所謂ワーキングメモリー)が低下している事を示す結果がある。此等から対象者はすぐに忘れ易く何度も繰り返して学習をしないと理解や記憶が出来にくいと考えられる。この点を踏まえると対象者に対する疾病教育は通常よりも濃厚に教育出来る環境下でなければ十分な成果が得られないと言える。知能指数が正常範囲である事を考えれば教育環境が整備されていれば一定の成果が上がるとも言える。従って医療観察法による入院でなければ、恐らくは春から初夏にかけての可能性が高い、対象行為と同様の行動を引き起こす具体的現実的な可能性があるし、医療観察法による入院処遇では一定の成果が見込めると言える。できれば春から初夏にかけての不穏に陥る可能性の高い時期を入院処遇で過ごして経過観察をする事が望ましいと考える。

その後の経過

審判で再入院が決定した。

【医療観察法第2回入院経過】医療観察法第2回入院時面接では自身の統合失調症罹患を認める発言があり、一時期は病状が再燃し思考・言動が大きく支配されてしまったこと、その後改善し再入院時点には正しい認識が再び持てるようになったことを述べた。対象行為を反省するようになった。幻聴は軽減したものの持続し、侵襲的なもの以外に元夫からの優しい内容の幻聴も減少したことで寂しくなったという感情を述べた。

その後、4月に、元夫の幻聴が再び活発化し、夫が面会に来ていと述べ病棟から出て行こうとしたり、2033年に退院と事務長に言われたなどというメモを持参したり、症状が再燃したが、クエチアピン 600mg とリスペリドン 8mg、バルプロ酸 800mg で症状安定した。

論点の整理（コメント）

再入院の申し立ての際に、新たな対象行為があるなら、初回審判と同様に判断する。

本事例のように、新たな対象行為がなく再入院の申し立てがされた場合、初回対象行為を行った際の心神喪失または心神耗弱の元となった精神障害と同様の精神障害が持続しているかという疾病性、その精神障害の治療可能性、同様の行為を行う具体的現実的可能性について判断し、以上から、医療観察法の医療の継続が必要であるかを判断した上で、医療観察法の入院による医療か医療観察法の入院によらない医療の継続かを判断することになる。初回対象行為の責任能力は法的に決着している。初回対象行為について、心神喪失もしくは心神耗弱にも当たらないのではないかと責任能力について疑義があっても、一事不再理の

論理により、再入院の審判で初回対象行為を却下することはもはやできない。

ちなみに、再入院の申し立ての際に、対象行為を行った際の心神喪失または心神耗弱の元となった精神障害と同様の精神障害が持続していなかったり、その精神障害の治療可能性がなかったり、同様の行為を行う具体的現実的可能性がないならば、新たな対象行為がなく再入院の申し立てがされた場合でも、処遇終了の決定が出る場合もある。

指定通院医療機関に精神保健福祉法入院中に、主治医が減薬をした結果、精神病状態が再燃したが、鑑定入院機関で、プロナセリン 20mg を使用後、幻聴は大幅に減少し疾病と病的体験が改善したのを鑑みて、「妄想の構築を遂げている対象者は、本法の通院処遇下における精神保健福祉法の入院による治療環境では、回復は困難であり、十分な疾病教育等を行える本法の入院による医療が必要である。」と判断するのは合理的なことなのだろうかというのが、本事例の論点である。

再燃に対して時宜を得て、素早く対処する必要があることは、何も、司法精神医療の領域の特別な話ではなく、一般医療でもよく知られている。精神科救急では、素早く判断して、薬剤を選択し、入院とどうかを判断する。本事例は、任意入院中の再燃であり、医療保護入院に変更して、積極的薬物療法を実施すれば、症状は鎮静化したと考えられる。春先の再燃について、医療観察法の入院でなければ鎮静化できないという意見は、精神医学の常識とは言えないだろう。判定事例研究会では、医療保護入院に変更し積極的薬物療法実施すれば、再入院は不要であろうという意見が大勢であった。

なお、最高裁判所は、医療観察法の医療が必要ならば、一般医療で対応可能であるとの理由で医療観察法の医療を行わないという結論を出すのは不合理であるという決定を行った。本事例は、医療観察法の医療を行っていて、再入院か医療観察法の入院によらない医療の継続かが論点になっているのであり、最高裁の判例とは異なる事例である。

3-2. 原因において自由な行為とは

アルコール・覚せい剤・危険ドラッグ等の物質使用障害に関しては、一般市民の感情として、自ら招いた結果に責任を問えないのは理解できないという見方がある。司法精神医学に関与する医師も、法律に関しては、一般市民と同じ立場をとりやすい。そこで、法律の専門家に解説を執筆依頼したので以下に掲載する。

【法律家によるコラム 原因において自由な行為】

責任能力は、刑罰法規にふれる行為に及ぼうとする時点（結果を引き起こす行為の時点）で備わっていなければならないので、飲酒や覚せい剤注射等（責任能力低下の原因をもたらす行為）により責任能力が低下すべき状態を自ら招いた場合でも、結果を引き起こす行為の時点に責任能力に問題が生じていれば、刑法 39 条が適用されるのが原則となる。

もっとも、このような結論は、そのような状態が自招されていることからすれば、法感情に反する。そこで、責任能力低下の原因をもたらす行為の時点では完全な責任能力があったこと（原因において自由であったこと）を理由として、このような場合に刑法 39 条の適用を排除しようとするのが、原因において自由な行為の理論である。

この理論は、あくまで法的・規範的なも

のであり、結果を引き起こす行為の時点での精神状態についての（精神医学的な）判断を行う際に、こうした責任能力が低下すべき状態の自招性を考慮して、責任能力があったと判断することは、医学的判断に法的・規範的判断を混入させることになり、妥当でない（原因において自由な行為の理論により自招性ゆえに刑法 39 条の適用が排除されるのは後述するように厳格な要件が満たされた場合に限定されている）。もっとも、結果を引き起こす行為の時点での精神状態についての（精神医学的な）判断を行う際に、当該犯行にいたる経緯（例えば了解可能な動機の形成があること、思いとどまろうと逡巡していることなど）からみて、その時点での精神状態の異常性の程度が低かったという判断がなされることは考えられる。要するに、あくまで結果を引き起こす行為の時点での精神状態を判断対象として限定したうえで、その前後の行動等を考慮することはありえようが、自招性を考慮して責任能力を認めるような判断は法的にみて問題があるということである。

わが国の判例・通説は、原因において自由な行為の理論が適用されるためには、責任能力低下の原因をもたらす行為の時点で、後に行われる結果を引き起こす行為を予見していることを不可欠の要件としているため、殺人罪や強盗罪のような故意犯について、この理論が適用されることは實際上ほとんどみられないが、故意犯については、完全な処罰を認めた例としては、以下のものがある。①飲み終われば酒に酔った状態で再び自動車を運転して帰宅するつもりで、自動車でバーに行き、飲酒後、酒酔い運転をしたという事案につき、「本件のように、酒酔い運転の行為当時に飲酒酩酊により心神耗弱の状態にあったとしても、飲酒の際酒

酔い運転の意思が認められる場合には、刑法39条2項を適用して刑の減輕をすべきではないと解するのが相当である」としたものの（最高裁昭和43年2月27日決定・刑集22巻2号67頁）、②反復継続して覚せい剤を使用し、残量を所持する意思のもとに覚せい剤を使用し、覚せい剤による急性中毒症にアルコールによる病的酩酊が付加されて（少なくとも）心神耗弱状態に陥り、再度覚せい剤を注射し、残量を所持したという事案につき、心神耗弱状態での各行為は、責任能力があった当時の犯意がそのまま実現したもの・継続実現されたものであるから、刑法39条を適用すべきではないとしたもの（大阪高裁昭和56年9月30日判決・高刑集34巻3号385頁）等である。

他方、結果を引き起こす行為そのものに殺意が認められる場合につき、この理論により殺人罪で完全な処罰を認めた例は見られない。③多量に飲酒すると病的酩酊に陥って他人に犯罪の害悪を及ぼす危険な素質をもった者が、多量に飲酒し、飲食店の女性店員への暴行を居合わせた者に制止されて憤慨し、病的酩酊状態で、殺意を抱いてこの者を殺害した事案については、事前の飲酒抑止・制限義務違反を理由とする過失致死罪の成立が認められている。また、④平素素行が悪く、ヒロポン施用により精神状態の異常をきたし、いかなる事態となるか、いかなる暴行をなすか分からない状態にあったのに、覚せい剤と同様の精神作用を発現しうる塩酸エフェドリンを注射し、幻覚妄想にとらわれて姉を殺害したという事案につき、「薬物注射をすれば精神異常を招来して幻覚妄想を起し或は他人に暴行を加えることがあるかもしれないことを予想しながら、敢て之を容認して薬物注射を為した時は、暴行の未必の故意が成立する」

として、傷害致死罪の成立を認めたものもある（名古屋高裁昭和31年4月19日判決・高刑集9巻5号411頁）が、学説上は、この事案で暴行の故意を認めることは困難だとの批判が強い。

4. 最高裁判所司法統計の分析

最高裁判所がホームページで公開している司法統計の医療観察法統計部分を基に、全国の決定を平成17年から平成25年にかけて年ごとに比較すると、入院決定比率が増加し、通院決定比率が減少する傾向がみられた。入院決定は平成17年に61.3%であったが、平成25年には70.4%と約10%増加した。逆に、通院決定は、平成17年に23.8%であったのが、平成25年には10.3%と激減した。不処遇は、平成17年に8.8%であったのが、平成25年には15.6%と大幅に増えた（図5）。なお、各年の入院決定数を比較すると、平成21年に204名と落ち込みがあり、その後は、年間260名程度である（図6）。平成21年の落ち込みは、受理数の落ち込みを反映している（図7）。受理数は検察官の申し立て数と考えられ、平成21年は検察官の申し立てが少なかったといえる。

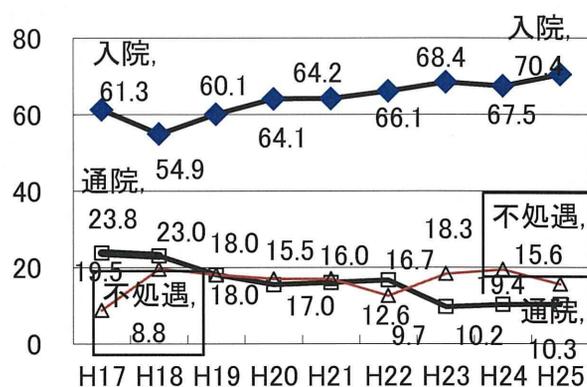


図5 決定割合経年変化（H17-25）



図6 入院決定数

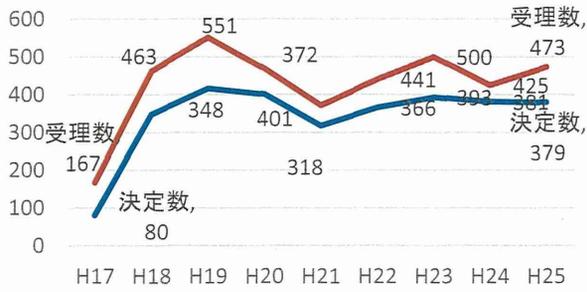


図7 受理数・決定数

入院決定に関して、平均からの偏移・ばらつきは、前期（平成17-19年）で、大阪管区や広島管区で低いなど、ばらつきが目立った（図8）。中期（平成20-22年）になり、平均からの偏移・ばらつきは確実に減少している（図9）。しかし後期（平成23年-25年）でも、広島管区が高く、高松管区が低いなどばらつきは持続している（図10）。

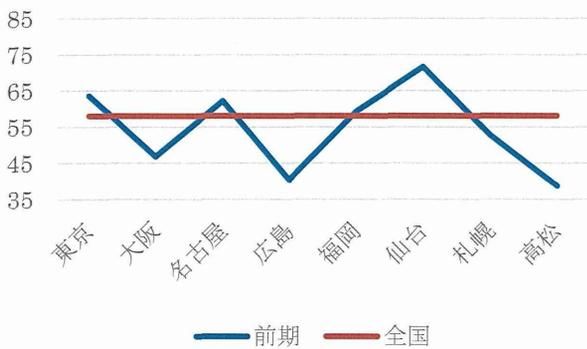


図8 H17-19年 高裁別入院決定比率

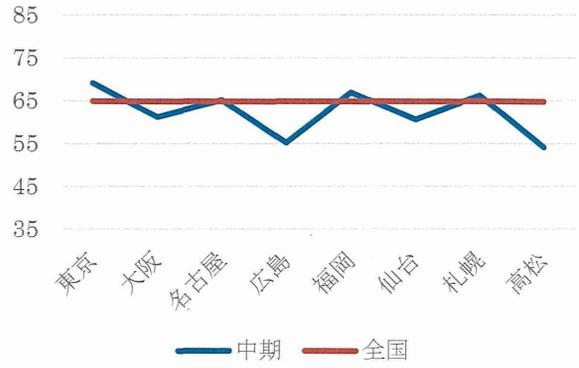


図9 H20-22年 高裁別入院決定比率

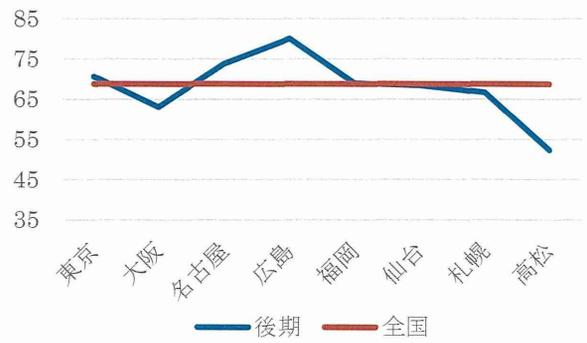


図10 H23-25年 高裁別入院決定比率

通院決定に関して、平均からの偏移・ばらつきは、前期で、大阪管区や高松管区で高いなど、ばらつきが目立った（図11）。平均からの偏移・ばらつきは、前期より中期は確実に減少している（図12）が、後期でも、広島管区が低く高松管区が高いなど、持続している（図13）。

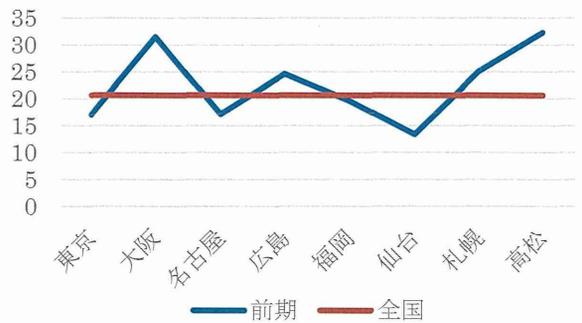


図11 H17-19年 高裁別通院決定比率

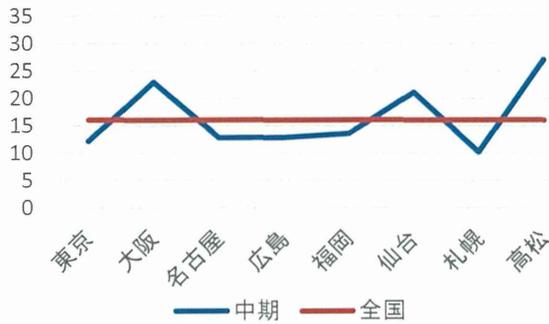


図12 H20-22年 高裁別通院決定比率

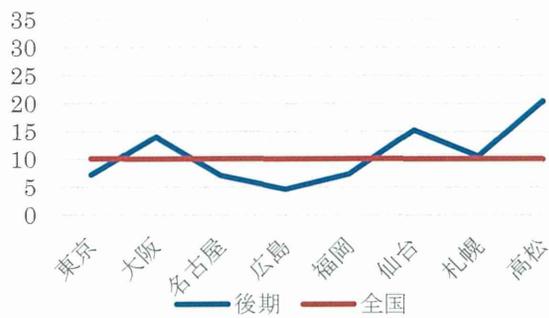


図13 H23-25年高裁別通院決定比率

D. 考察

1. 養成研修会受講生アンケート

有用との回答は56%と大きく低下した（図14）が、理解回答は40%と高水準を維持した（図15）。

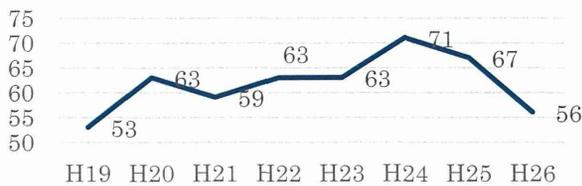


図14 有用回答% (H19-H26)

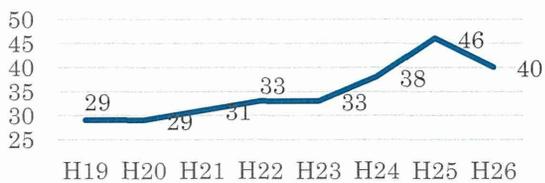


図15 よく理解% (H19-H26)

有用度・理解度の詳細を分析すると、有用度が全職種で低下しているが、理解度は、判定医で過去最高を記録した一方、福祉職

は過去最低を記録し、参与員は昨年より7ポイント低下したがほぼ平年並みであった。

初回と継続に分けて分析すると、初回受講生は、有用60%やや有用33%、41%が理解、53%がまあまあ理解、継続受講生は、有用52%やや有用37%、47%が理解、46%がまあまあ理解であり、有用度は初回受講生が高く、理解度は、継続受講生よりも高く、理解度は、継続受講生が高かった。

職種別で、初回判定医は、有用47%やや有用47%41%が理解、53%がまあまあ理解、6%があまり理解できないで、初回参与員(有用67%やや有用26%、31%が理解、55%がまあまあ理解、12%があまり理解できない)より理解度は高かったが、有用度は低かった。初回判定医は、プログラムについて参与員よりも高評価であり、評価の低かったプログラム、保護観察所の役割(48%)、看護の役割(50%)、薬物療法(50%)について、今後改善が望まれる。

有用度が低かったのは福祉職であり、有用69%やや有用15%で、あまり有用でないとの回答が15%と高く、8%が理解、58%がまあまあ理解、33%があまり理解できないと回答し理解度も低かった（図16・図17）。福祉職は、プログラムについて、医療観察法における医療と法律(36%)、医療の特徴(36%)、薬物療法(43%)の有用度を低く判定しており、福祉職のニーズにこたえる必要がある。

継続研修判定医は、有用50%やや有用35%で、あまり有用でないという回答が15%と高かった。その一方、プログラムの評価は高く、59%が理解、37%がまあまあ理解と回答し、理解度は高かった。既に受講し、プログラムを分かっているため有用度が低くなった可能性がある。

養成研修の主目的は、初回研修者の養成

にあり、初回研修者の有用度が高いのは歓迎すべきであろう。

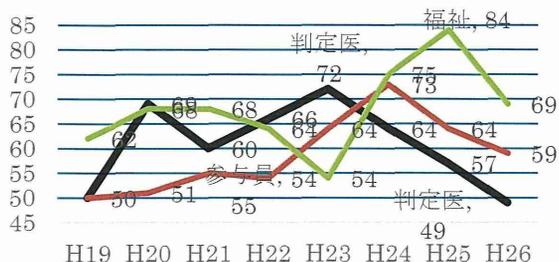


図 16 有用回答%職種別(H19-H26)

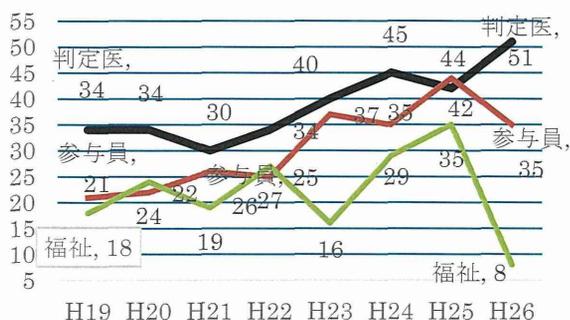


図 17 理解度職種別(H19-H26)

2. 判定事例研究会への事例提供

判定事例研究会は、3 会場で開催し合計 6 事例を提示した。例年は、過去事例も提示したが、本年度は新規のみ 4 事例を提示し、再入院事例を含め幅広く事例を提示できた。

3. ケースブック用仮想事例作成

ケースブック用仮想事例は、指定通院医療機関で医療観察法の入院によらない医療を実施中で、地域移行のため精神保健福祉法の任意入院をしていたが減薬後再燃し再入院の申し立てがされた例である。医療保護入院に変更し積極的薬物療法を実施すれば、再入院は不要であろうという意見が大勢であった。早期介入で、同様の行為を防止するのは極めて重要であり、指定通院医療機関の救急対応は均てん化すべき重要な課題であると考えられた。

4. 最高裁司法統計分析

経年変化で、入院決定比率が増加し、通院決定比率が減少する傾向がみられた。病

状が安定しており、医療の継続が通院で担保できると考えるなら、通院決定になるが、通院決定後、信頼関係の構築等が不十分で、通院の維持が難しい事例もあり、病状が安定していても、入院による医療を選択することが多くなったと考えられる。

平成 21 年に、入院決定数が減少したが、入院の決定率が減少したのではなく、受理数が減少したことによる。受理数は、検察官の申し立て数に相当する。当時、医療観察法の入院病床が不足し、特定病床の運用をしていたが、このことと、申し立て数の減少が関係あるのかは不明である。

決定に地域差があるかどうか、ばらつきがあるかどうかを調べる目的で司法統計を分析した。受理数が少ない裁判所では、例えば、ある年は、2 例入院、次の時は 1 例入院、1 例不処遇などとなることがある。それを、ある年は入院比率 100%、次の年は入院比率 50%と記載し、「ばらついている」と断定するのは、実態を反映していない。ある程度の、数をまとめて分析する必要があるので、高等裁判所管区での 3 年間の決定をまとめた。その結果、平成 17-19 年では、大阪管区は入院決定率が低く、通院決定率が高く、平均から偏移していたが、平成 20-22 年では、平均に近づいた。全体として、平成 17-19 年は、決定にばらつきがあったが、平成 20-22 年になると、ばらつきは減少した。しかし、平成 23-25 年でも、ばらつきは残っている。全体として、決定のばらつきは、前期より中期と改善しているが、後期でもなおばらつきは残存していた。

E. 結論

最高裁司法統計を分析すると、年を追うごとに、決定のばらつきは減少している。

しかし、平成 22-25 年でもまだばらつきがみられた。審判では、1 例 1 例個別に判断するので、平均からの偏移という概念はなじまないかもしれないが、指定入院医療機関で実務についていると、地域によって判定の癖を感じることもある。同じ事例に対しては、どの地域で検討しても、同じ決定が出るのが望まれる。

その為には、まず精神保健判定医の養成の質を担保する必要がある。養成研修会アンケートで抽出した講義への要望事項や、重複事項は、企画委員会にフィードバックしさらなる改善を目指すのは重要である。

すでに実務についている判定医については、医療観察法鑑定・審判時の考え方の整理・周知が重要である。判定事例研究会では、実務についている判定医に研修の機会を提

供するとともに、判定に苦慮する事例をエキスパートとして検討し考え方を整理した。事例を仮想化し、医療観察法仮想判定事例ケースブックを作成し、広く、判定医に周知することは今後も重要であると考えられる。さらに、幅広く司法精神医学および医療をテーマにして、シンポジウムを開催してゆくことも重要である。

同じ事例をワークショップで検討するのは、均てん化に寄与するところが多い。

F. 健康危険情報 なし

G. 論文発表 あり

八木 深 大島 紀人 山本輝之： 医療観察法精神保健判定医のスキルアップのために 臨床精神医学 第 43 巻第 9 号 1285-1292, 2014

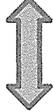
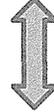
H. 知的財産権の出願・登録情報 なし

資料1 精神保健判定医等養成研修会受講生アンケート

厚生労働科学研究 精神保健判定医の質の担保に関する研究班
 分担研究者 独立行政法人国立病院機構 花巻病院 八木 深

アンケートご協力をお願い

精神保健判定医等養成研修会ご参加お疲れ様でした。今後の研修をよりよいものにするために、研究班として提言したいと思っております。つきましては、以下のアンケートにご協力いただければ幸いです。該当する()に○をつけ、自由記載欄には記述をお願いいたします。

今回の研修は？	参加種別	今回の研修についてお答えください	
() 初回研修	() 精神保健判定医	1 講義の有用性	2 講義の理解度
() 継続研修	() 精神保健参与員	() 有用	() 理解できた
	() 福祉職員	() 	() 
	() その他	() 	() 
		() 有用でない	() 理解できなかった

有用だった講義、もっと理解を深めたいと思った講義をいくつでも お選びください

講義番号	有用であった	もっと理解を深めたい	
1	()	()	触法精神障害者の処遇の歴史
2	()	()	医療観察法の概要(法学)
3	()	()	医療観察法における医療と法律
4	()	()	医療観察法における保護観察所の役割
5	()	()	医療観察法が行う医療の特徴
6	()	()	医療観察法における看護の役割
7	()	()	医療観察法における薬物療法
8	()	()	医療観察法における作業療法士の役割
9	()	()	判定医のみ 刑事責任鑑定と医療観察法 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務
10	()	()	
11	()	()	参与員のみ 精神保健参与員の業務と責任 精神保健参与員業務演習
12	()	()	
13	()	()	福祉職員のみ 自治体・行政機関の役割 地域保健福祉職員業務演習
14	()	()	
15	()	()	医療観察法における入院医療
16	()	()	医療観察法における通院医療
17	()	()	審判シミュレーション
18			
19			
20			
21			

講義内容に重複があったものがあればご記載ください

記入例: 講義1 と 講義2 など

裏面に
続く

今後の研修会の進め方等についてのご意見(自由記載)をお書きください

判定医の先生はこちらもご記入ください

1.措置入院の要否に係る診察のご経験 () あり () なし

2.刑事責任能力鑑定のご経験 ※経験数は概数でも結構です。

刑事責任能力鑑定経験年数 () 年

簡易鑑定経験数 () 件

嘱託鑑定経験数 () 件

公判鑑定経験数 () 件

刑事責任能力鑑定合計経験数 () 件

継続研修受講の判定医の先生はこちらもご記入下さい

3.医療観察法に係る鑑定・審判のご経験 ※経験数は概数でも結構です。

判定医名簿登載後経過年数 () 年

医療観察法鑑定経験数 () 件

医療観察法審判経験数 () 件

ご協力ありがとうございました

資料2 養成研修アンケート 有用だと思った講義

有用だと思った講義	初回 判定 医	初回 参与 員	初回 福祉	継続 判定 医	継続 参与 員
1 触法精神障害者の処遇の歴史	65%	62%	79%	-	-
2 医療観察法の概要(法学)	60%	40%	50%	-	-
3 医療観察法における医療と法律	68%	47%	36%	-	-
4 医療観察法における保護観察所の役割	48%	45%	50%	-	-
5 医療観察法が行う医療の特徴	55%	53%	36%	-	-
6 医療観察法における看護の役割	50%	53%	50%	-	-
7 医療観察法における薬物療法	50%	35%	43%	-	-
8 医療観察法における作業療法士の役割	53%	45%	50%	-	-
9 刑事責任鑑定と医療観察法	75%	-	-	-	-
10 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務	80%	-	-	-	-
11 精神保健参与員の業務と責任	-	60%	-	-	-
12 精神保健参与員業務演習	-	64%	-	-	-
13 自治体・行政機関の役割	-	-	64%	-	-
14 地域保健福祉職員業務演習	-	-	71%	-	-
15 医療観察法における入院医療	68%	55%	50%	-	-
16 医療観察法における通院医療	63%	53%	64%	-	-
17 審判シミュレーション	88%	65%	64%	-	-
18 我が国における医療観察法の施行状況	55%	49%	-	75%	73%
19 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告	93%	71%	-	77%	70%
20 グループディスカッション1	88%	69%	-	77%	79%
21 グループディスカッション2	88%	69%	-	79%	76%

資料3 養成研修アンケート もっと理解を深めたいと思った講義

もっと理解を深めたいと 思った講義	初回 判定 医	初回 参与 員	初回 福祉	継続 判定 医	継続 参与 員
1 触法精神障害者の処遇の歴史	15%	16%	7%	-	-
2 医療観察法の概要(法学)	20%	40%	21%	-	-
3 医療観察法における医療と法律	23%	42%	29%	-	-
4 医療観察法における保護観察所の役割	23%	18%	21%	-	-
5 医療観察法が行う医療の特徴	13%	22%	14%	-	-
6 医療観察法における看護の役割	18%	9%	7%	-	-
7 医療観察法における薬物療法	13%	25%	29%	-	-
8 医療観察法における作業療法士の役割	18%	13%	21%	-	-
9 刑事責任鑑定と医療観察法	28%	-	-	-	-
10 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の 業務	25%	-	-	-	-
11 精神保健参与員の業務と責任	-	47%	-	-	-
12 精神保健参与員業務演習	-	45%	-	-	-
13 自治体・行政機関の役割	-	-	29%	-	-
14 地域保健福祉職員業務演習	-	-	36%	-	-
15 医療観察法における入院医療	13%	15%	21%	-	-
16 医療観察法における通院医療	15%	22%	21%	-	-
17 審判シミュレーション	15%	40%	0%	-	-
18 我が国における医療観察法の施行状況	3%	13%	-	13%	10%
19 精神鑑定または処遇が問題となった事例報告	23%	27%	-	19%	28%
20 グループディスカッション1	10%	36%	-	15%	23%
21 グループディスカッション2	10%	36%	-	15%	20%

資料4 養成研修アンケート 自由意見

○重複について

プログラムの重複については、本年は重複しているという意見が少なかった。

- ・ 18 我が国における医療観察法の施行状況は多くのものと重複
- ・ 2 医療観察法の概要と 9 刑事責任鑑定と医療観察法、10 医療観察法における精神鑑定の実際と審判員の業務
- ・ 5 医療観察法が行う医療の特徴と 15 医療観察法における入院医療
- ・ 1、2日目と3日目は重複が多い
- ・ 講義5 医療観察法が行う医療の特徴、6 医療観察法における看護の役割、8 医療観察法における作業療法士の役割はまとめてコンパクトにした方が良かった
- ・ 全ての講義に医観法の概要があった
- ・ 入院退院の流ればかり講師からきかれた。
- ・ 重複した部分もあったと思うが大切な事と思い問題無いと思います
- ・ 内容の重複する部分もあったと思うので、講義内容の確認をお願いしたいです。
- ・ 重複内容を減らしもう少しコンパクトにまとめて頂くとありがたいです。

○初回判定医

- ・ 大阪で法学の講師が精神科医療に意見があるのは理解できるが、司法と精神医学の連携という点について、例えば現場において措置鑑定で不要措置（精神障害としても軽度で司法で対応すべきという判断）となった場合、警察、検察など司法に戻る事が現実的になく、司法→医療は常に一方通行である問題についてはどのようにお考えかを聞きたいです。（措置鑑定になると医療ではなく司法であるという流れが法律上もない）現場では”医療よりも司法にもっと関わってもらいたい人”でも警察などが医療におしつける場面もあります。もう少し現場の理解もあった方が良く思う。
- ・ 7 薬物療法は医師以外には少々難解だったのでは？
- ・ 講義ばかり続くと集中困難となる
- ・ 審判のための判断のロジックが理解できていない受講者が多いように見受けられる。現場臨床以前に法学的な枠組み（疾病性、治療可能性、再犯のおそれ）の基礎的な考え方を教授することが必要ではないかと思う
- ・ 医療観察法の概要、入院施設での治療についてはよく分かりましたが、実際に行う鑑定、審判員が実際にどういうケースでどういう判断をされているか、くわしく教えていただければと思いました
- ・ 今回の研修で多くを勉強できました。何かに役立てたいと思います。
- ・ 座学の連続は集中力がもたないですね。ビデオ、写真をもっと利用するとか実際の観察法病棟の見学会等が含まれると面白いと思います。
- ・ グループディスカッションはとても有用でした。さらに小グループの演習やアンガーコントロールの実際などみれたらよいと思います。
- ・ 東京会場では、一部の参加者がフロアから上から目線で自説を述べるのが耳障りでした。
- ・ 非常に勉強になりました。

- ・実際の判定医になるとここまで業務上拘束されるのかと不安になるほど、過密なスケジュールはいかなるものでしょうか。今後の名簿掲載以後についても躊躇いたします。
- ・有意義な研修をありがとうございました。引き続きどうぞよろしくお願い申し上げます。
- ・長すぎる。医療観察法とはあまり関係のない話も入っている。
- ・金～日の夕方までの日程は移動、翌日の業務への影響が大きい。木～土にはできないものか？
- ・1日目と2日目の講義がトータルでかなり長いので、もう少しコンパクトにしてください。集中力も持ちません。
- ・薬物療法の話は医療観察法とどういう関係があるかよく分かりません。今回の研修会で講義するようなテーマではないのではと思います。
- ・第1日目からグループディスカッションをした方がよいと思う。最近産業医の更新研修はそのようになっている。
- ・グループディスカッション、審判シミュレーションはイメージづくりで有効であった。しかし時に何をすれば良いのか分からないこともあったのでオリエンテーションをもう少し丁寧にやって頂けると理解も深まると感じました。
- ・(審判やカンファレンス等、流れをまだ理解不十分だからかもしれませんが) 配布された莫大な資料をどう活用すれば良いか説明いただきたい。
- ・薬物療法の講義は、演者の主義主張ではなく、医療観察法における薬物療法の一般的な実施状況について示した方がよい。
- ・長く指定入院医療機関で勤務しており、目新しい内容がなく実りの少ない研修でした。実務経験に応じた研修内容を考慮して欲しいと思います。
- ・グループディスカッションIの資料で鑑定入院中の精神医学的現在症があれば治療反応性、疾病性の部分でもう少し議論できたかなと感じました。
- ・鑑定書の記載の仕方のレクチャーがあると良いと思いました。
- ・東京会場は寒いと思いました。
- ・ケースのビデオなどがあれば症例理解が深まると思います。
- ・法のことが難しかったです。

○継続判定医

- ・大阪精神鑑定または処遇が問題となった事例報告が良かった。実の娘を殺したうつ病の母親は自分の娘を殺してしまったことに対するうけとめ罪悪感などはどんなだろうかと。娘が亡くなったのでストレスがなくなったというのは本当だろうか心配になりました。娘に自殺された母はずっと罪悪感をもつけれど自分で殺した母の気持ちがどうなのかよくわかりません。
- ・継続研修では、医療観察法の概要についての説明は省略してよいのではないのでしょうか。
- ・継続研修時、法律の変更があった場合はそれを組み入れてほしい。
- ・福岡では、事例の背景がわかりづらい点がありました。
- ・やはりグループディスカッションはとても勉強になりました。色々なご経験からの意見が出て良かったです。

- ・たいしたことはないのですが、真っ黒なスライド資料は見づらいですし、インクがもったいないです。グレースケール設定でプリントするだけでOKになるのでぜひ次回からご検討ください。
- ・3年に1回の継続研修は期間が短か過ぎる。
- ・事例検討で医療観察法システムの中でどの時点で誰の判断かがわかりにくい。論点がみえづらい。
- ・グループディスカッションの司会、書記を各セッションごとに変えてほしい。
- ・クロザリルを処方している事例をだしてほしいです。
- ・継続研修は自分が医観法病棟で働いていた頃との変化や変わらない点を知ることができました。講義は臨床で感じる困難を整理し、明解に言語化されていて、そういうことだったのかとスッキリしました。治療反応性について「乏しい」という表現も含めて有る無しを問うのではなく薬物療法、個人療法など項目を作り、5段階評価などにして2/5以下はなしとする等、判定の方法を変えられないものかと思いました。
- ・グループワークはよいが症例を読み込む時間がない、もう少し時間が欲しい。

○初回参与員

- ・福岡会場では、スタンドマイクが立っていましたが、質疑応答がないのであれば設置する必要はないのでは？スライドが少し見にくい時がありました。
- ・3日間にわたり充実した研修であった。普段の仕事で医療観察法のことを知ることがなかったのも、とても参考になった。
- ・同法に関して心理、看護、作業療法士の役割が講義であります。PSWがありませんでした。看護作業療法士等基本業務はわかっています。同法に関する特殊な内容がわればいいのかと思います。例えばシンポジストとしてコメディカルスタッフが壇上にたった説明ではいかがでしょうか。職種ごとの役割分担もわかりやすいのではないかと思います。シミュレーションはとてもわかりやすい内容でした。特に審判医、参与員がここで語ったポイント解説があればなおよいです。
- ・職務にあたっての基本スタンスからシミュレーションといった実際の場面を想定した内容もありとても充実していました。どの講義でも医療観察法のあり方であったり、対象であったりと説明して下さりわかりやすかったです。ただ講義によってはスピードが早すぎてわかりにくいものもありました。グループディスカッションでは判定医コースの方とも話すことになり、薬の話や病名の話、診断の話が多く話題となり自分の認知不足を痛感しました。今後、勉強していこうと思います。スタッフの方々が親切にして下さったこともありがたかったです。
- ・精神保健参与員の業務と責任、演習の部分のわりあいほっとあっても良いと感じた。
- ・医療観察法、カンファレンス、審判についてイメージがしにくいのでまずその点の理解をしてからでないとなりがつかみづらい。模擬カンファレンスは良かったが、順番としては早い、1日目などにしてもらおうと講義の内容もわかりやすい。
- ・講義の中で各専門職での話し合いなど交えてほしい。
- ・自身が参与員を務めることになったらということ念頭におき参加しましたが、今回の研修を受けただけでは不十分と感じた。
- ・カンファレンスのシミュレーションは興味深かったが、一連の流れを行った後での質疑をうけた方が理解しやすかったと思う。

- ・医療観察法審判ハンドブックが大変分かりやすいが事前に受講者に送っておき読み込んでもらい、研修に参加してもらおうと、1日目の医療観察法の概要等がより理解出来るのではないかと感じた。
- ・模擬カンファレンスが現場をイメージ出来良かった。
- ・精神保健参与員のみを対象とした講義の時間がもっとあると良かった。
- ・時間配分がきつい内容もあったため、もう少し余裕を持てるとよいかも。
- ・参与員はSWをするのではないということが印象的でした。よくわかりました。ありがとうございました。
- ・初日の内容は別で開催されている従事者養成研修と重複していると思います。プログラムの再考を望みます。
- ・数字は講義番号です。1 触法精神障害者の処遇の歴史：スクリーンの資料がみにくい。スクリーン近くの電気を消すなど検討できたのではないか。3 医療観察法における医療と法律：資料に対しての時間が短い。早口でさらっと読まれてもイミがない。せめて大事なところはゆっくりと説明するとか必要。5 医療観察法が行う医療の特徴：医療観察法に限った内容ではない。7 薬物療法：分析の内容が分からなかった。専門的過ぎるのではなく、相手の分かる一般的な説明が必要と思う。話す相手を考えることが大切。8 作業療法士の役割：具体的に何をしているのかは分かった。しかし何の為に行うのかが分からなかった。17 審判シミュレーション。20. 21 グループディスカッションは内容の再考を求めます。これ以外の講義は為になった。
- ・有意義な3日間でした。私は社協職員であり地域生活支援センターのPSWでもあります。地活は障害福祉サービス利用の為の計画作成に追われマンパワー不足です。障害も高齢もそして医療も地域力に期待される部分的が増大し、社会復帰の為の地域体制整備はもっともっと力を入れて欲しいと思います。役所や保健所、病院などは月～金の日中支援、でも生活者は24H365日です。訪問、ヘルパー、GH、支援センターで出来るSOSの受けとめには限界があります。今回の研修でたくさんの学びがありました。でも私の力で出来るのかと不安も残りました。各先生方に感謝申し上げます。
- ・薬物療法の講義は他のものと同じくチームの中での役割がどのようなものかといったことを期待していたが、趣旨が全く違い、正直意味がわからなかった。
- ・グループディスカッションを増やしてほしい。
- ・終了後に回収でもいいので、参加者名簿があったらいいなと思いました。
- ・重複内容を減らしもう少しコンパクトにまとめて頂くとありがたいです。
- ・初日の柑本先生以外の方のお話はとても淡々とされておりあまり残念ながら話が入ってきませんでした。
- ・大変役にたちました。実際はとても心配ですが。
- ・より実践的な講義をしてほしい。経過や歴史よりも実践が大切。私達はすぐに現場に入る訳ですから、実践力を増やすことが大切だと思う。
- ・医師がどの様に鑑定書を作成するのかというのは知っていた方がよいと思う。共通項目の評価についてもより実践的に行うべき。鑑定書を拝見した時、このままでは理解できない人が多いのでは。

○継続参与員

- ・グループディスカッションの時間はより有益であったと思いました。判定医と参与員が合同で行うことに意味があると思いました。
- ・今回は第一回大阪が申し込みから決定まで極めてタイトであった。基本的に近隣性から大阪受講が多いので留意（時間的余裕）していただければ幸い。
- ・事例を読み深める時間が頂きたかったです。
- ・今後もグループディスカッションを県別で1年に1回でも勉強のためにできればと思います。大阪府でそういう勉強会（研修会）があればぜひ出てみたい。会費制でもいいので。
- ・どの講義にも医療観察法がどのように流れていくかがあったことでより勉強になりました。
- ・指定入院のプログラムの内容を具体的に知りたいと思いました。
- ・地域でどのように対象者を受けとめているのかを知りたいと思いました。
- ・模擬カンファレンスを見せていただき、審判がどのように行われるのかイメージがわき、良かったです。各々の方の視点、立場役割を説明していただき理解が深まりました。
- ・審判シミュレーションは今回の研修のまとめ的な要素が多々あり参考になった。
- ・入院処遇から通院処遇に至る流れが重複していることが多かった為、できれば削って頂き、その分事例による地域処遇を行う中でどう支援を展開するか等、ディスカッションする場面を増やして頂けるとありがたいと思った。
- ・講義の内容は充分ですが、時間不足に思われます。講義が延長となり休憩時間も5分程度トイレにも行けない様な状態となりました。昼休みも同様会場で食事も摂れないとの事で外へレストランも不足していて時間もありません。コンビニで購入し雨の中公園で食べました。エレベーターにも人が並ぶ状態トイレも急いで行き出ると既に講義が始まっていました。日程をもう少し増やされると余裕が出来るのではないのでしょうか。
- ・グループディスカッションは参考になりましたが、AMの説明があまりにもかけ足でわかりにくく、また資料を読み込む時間が少なかったです。
- ・職種間のセッションがあってもよかったです。
- ・日頃の疑問が問題提起あるいは条転に対応してもよいという考え方にちょっとほっとしました。
- ・参与員として（業務の関係で）昨年1年お受けすることができずまた、業務の関係で（地元の大阪でなく）東京で参与員継続を受けさせて頂きました。本当に良かったと思います。参与員として審判にでていたらこのような最近の「問題となった事例」について考えさせていただける機会もなく、漫然と審判にでておりましたでしょう。（たまには受けた研修ですね）講師先生のお話でもありますように「住まいがない治療困難（MRや薬物依存、高齢など）の方々の対応をいかにすべきでしょうか」意味不明なことを言うので、薬を飲めば大人しいので他に住めるところがなくて、このような方々へのマジックが入院医療機関なののでしょうか。
- ・事例をパワーポイントでまとめて頂き、わかりやすかったのでスムーズにグループディスカッションをすることができた。
- ・グループディスカッションの資料を十分に読み込む時間がないので、工夫していただけたら。
- ・グループディスカッションの資料を読む時間が不足し、何か工夫があれば良いかと思います。
- ・事例の説明が分かりにくかった。（説明用の資料がない）事例を読み込む時間が少ない。

- ・検討点等は資料として午前に配布してほしい。全てを医療観察で処遇することが疑問視されるケース有り。見直しにむけて、司法で処遇すべき部分を全て包括していく方向なのか、そうでないとしたらどういう方向性がありえるのか（司法精神医療の充実と医療刑務所での治療充実等）に思いをよせる部分もあってもよい。（特に継続研修対象者については） 社会防衛的な強制医療が（措置判断含め）増加していくことに不安を覚えます。本人の責任能力の判定ももっと厳密にしていけることが大切だと思います。
- ・3日目だけでしたが、講義→事例紹介→ディスカッションという進め方はとても良かったと思います。ただし、事例紹介についてはもっと詳しくやっていただきたく思いました。
- ・グループディスカッションの事例について、読み込む時間が十分にとれなかったので、確保できればと思います。
- ・資料を読みこむ時間がなく、議論が充分できなかった。
- ・グループディスカッションの資料を読み込む時間がとれず残念でした。もう少し簡結にまとめた資料でもディスカッションは可能と思います。グループディスカッションⅠ、Ⅱの検討内容を初めからスクリーンに示した上でディスカッションに入ってほしい。

○福祉

- ・法律の部分をもう少し話を聞きたかったです。（医療観察法との関係について）薬物療法については再度、勉強させて頂き、今後の活動にいかせると思いました。医療観察法についてあらためて再学習ができてよかったと思えました。
- ・講義時間が9時から18時30分と長時間ですのでもう少しカリキュラムを削減できないでしょうか。とても有意義な2日間でした。本当に経験になりました、ありがとうございます。
- ・これまでの研修会では法制度の概要で終わることが多かったが具体的な内容を知れてよかった。個人的には入院、通院期間のPSWと社会復帰調整官との役割分担について、入院、通院機関のPSWかわりを通して知ることができればと感じた。また、3日目に予定されている講義においては興味深いテーマで参加したかった。シミュレーションは非常に有意義だった。
- ・2日間、大変内容の濃いご講義ありがとうございました。K先生のご講義でディスカッションは事例を用いて日々困っている事などを具体的に話し合うことができ、本当に参考になりました。ありがとうございました。