

文献

- 1) 厚生労働省ホームページ：心神喪失者等医療観察法にかかる申立，決定等の状況 (http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/index.html)
- 2) 松原三郎：平成18年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担報告書「強制通院制度と地域医療のあり方に関する研究」. 2007
- 3) 松原三郎：平成21年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）分担報告書「通院医療の実態把握に関する研究」医療観察法通院処遇アンケート調査報告書. 2010
- 4) 松原三郎：平成22年度障害者対策総合研究事業（精神障害分野）分担研究報告書「医療観察法制度全般に対する医学的視点からの評価研究」. 2011
- 5) 松原三郎：平成23年度障害者対策総合研究事業（精神障害分野）分担研究報告書「医療観察法制度全般に対する医学的視点からの評価研究」. 2012

学会認定精神鑑定医制度の概要について

Overview of psychiatric examination expert certified by the Japanese society of forensic mental health

松原三郎

Saburo Matsubara

Key words 精神鑑定 (psychiatric examination), 学会認定精神鑑定医制度 (psychiatric examination expert certified by the Japanese society of forensic mental health)

はじめに

司法精神医学では精神鑑定は最も重要な課題である。特に責任能力鑑定は司法精神医学の原点といえるほどに重要な業務である。これまで、精神鑑定の研修は、大学の精神医学教室が精神鑑定を行う場合に若い精神科医がそれを手伝う形式で行われることが多かった。その折には、すでに出版された専門書や、上級医師の直接の指導によって支えられてきた。しかし、系統的な研修の方式はなかった。

近年になって、いくつかの重大事件のなかで複数提出された精神鑑定書の内容に差異がみられた。また、医療観察法が施行されると、医療観察法鑑定だけでなく責任能力鑑定においても、その内容に大きなバラツキがあることが指摘された。その原因では、精神保健判定医の約半数が精神鑑定の経験がないことや、あるいは、症例によって(または、疾患によって)、責任能力の判定に意見の相違があることも指摘された。

このような意見に従って、日本司法精神医学会は、2009年から「刑事精神鑑定ワークショップ」を開催した。2日間にわたるワークショップでは、多くの精神疾患の責任能力判定の基本原則を示すことができた。さらに、精神鑑定に関する専門医

制度の導入を求める声も聞かれるようになった。

1. 専門医制度と学会認定医制度

2011年2月に開催された日本司法精神医学会理事会では、第2回刑事精神鑑定ワークショップの開催報告とともに、「専門医制度の要否を含め、専門医制度に関する検討は研修・教育企画委員会が行う」ことが協議決定された。さらに、2011年6月理事会、評議員会、さらに総会において、専門医制度の検討を研修・教育企画委員会が行うとともに、その委員については必要に応じて拡大することが認められた。

2012年になり、研修・教育企画委員会では、本格的に専門医制度の検討に入った。専門医制度は、(社)日本専門医制評価・認定機構が管轄しているが、その基本条件は「会員千人以上の学術団体(法人)、5年以上の研修制度、資格認定試験、定期的な更新制度」などであるが、これらについてはいずれも当学会がその基本基準に到達することは、当分の間可能とは思われない。そのために、委員会では当学会が独自に「認定医制度」を導入することが適切であると判断した。名称は「日本司法精神医学会認定精神鑑定医制度」となる。

日本司法精神医学会 研修・教育企画委員会委員長
社会医療法人財団松原愛育会松原病院 (☎ 920-8654 石川県金沢市石引 4-3-5)
Social Medical Corporation Foundation of Matsubara-Aiikukai Matsubara Hospital

1881-0330/13/¥500/論文/JCOPY

2. 学会認定精神鑑定医制度の概要(図1)

以下には、学会認定精神鑑定医制度規則、ならびに、同施行細則の内容に沿って、その内容を記述する。

(1) 目的：すぐれた精神鑑定医を養成し、また、生涯にわたる相互研鑽を図り、もって司法精神医学の発展に貢献するとともに、国民の信頼に応えうる精神鑑定が実施できる制度を確立することを目的とする。

(2) 受験資格：①日本国の医師免許証を有する。②申請時に当学会会員である。③精神保健指定医、および、日本精神神経学会専門医である（ただし、施行5年間はどちらか一方の資格で要件を満たす）。④刑事精神鑑定ワークショップ、および、事例検討会を受講している。⑤申請時に受験資格がわかる所定の履歴書を提出する。

(3) 書類審査：刑事精神鑑定書5件を提出。ただし、起訴前本鑑定（鑑定留置を伴うもの）、または、裁判所嘱託による公判・公判前鑑定であること。過去5年以内の鑑定であること。5件のうち2件は簡易精神鑑定、または、医療観察法鑑定でも代

用できる。

(4) 書類審査の内容：①精神鑑定書として必要な形式を整えている。②鑑定書には、事件内容、被鑑定人の生活歴、現病歴、犯行当時の精神状態など必要な情報が集められている。③精神医学的に正確な診断が行われ、その根拠が示されている。④精神鑑定を行うにあたって、鑑定人の公平な立場が確保されている。⑤責任能力判定では、病状、事件当時の精神状態、理非善悪の判断能力とそれに従って行動する能力の程度について適切に検討されている。⑥必要な各種検査が行われている。⑦その他、精神鑑定に必要な事項を備えている。

(5) 面接審査：書類審査に合格した者について面接審査が行われる。3名の試験委員によって行われる。提出した精神鑑定書の内容について口頭試問、精神鑑定に関する知識、資質などについて口頭による審査。

(6) 認定：審査は研修・教育企画委員会委員ならびに理事会において承認された試験委員によって行われる。試験委員会において総合的審査が行われた後、理事会に報告され承認を得る。

(7) 認定後：学会認定精神鑑定医の認定証を発行するとともに、学会認定精神鑑定医名簿に記載さ

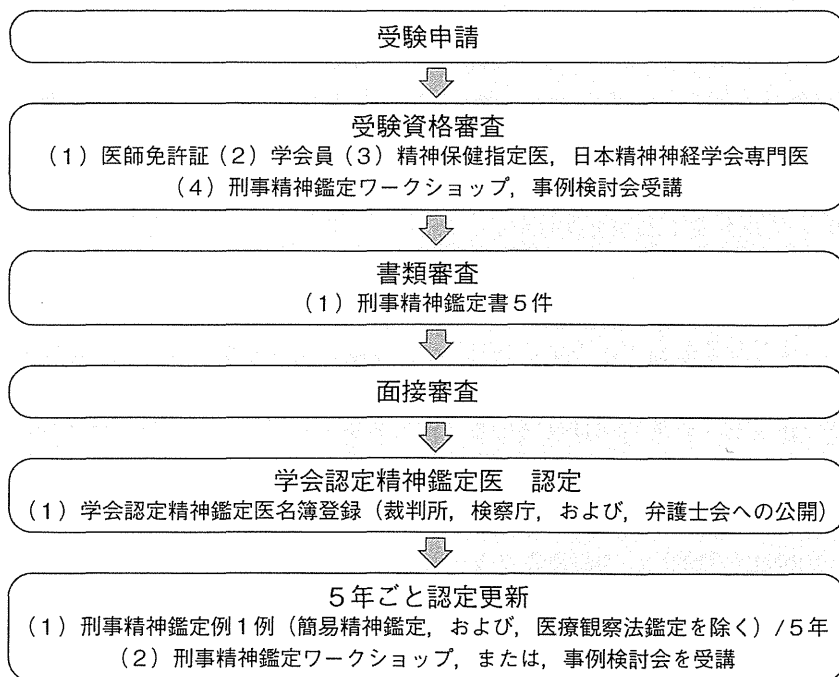


図1 学会認定精神鑑定医制度の概要(1)

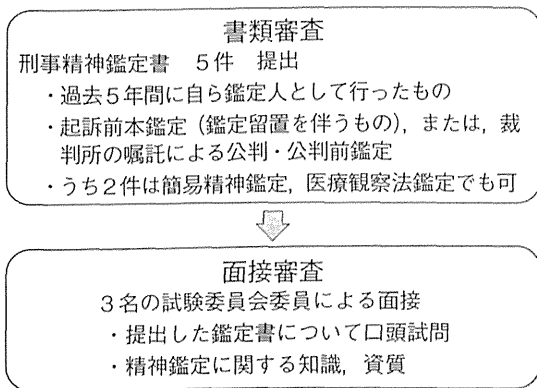


図2 学会認定精神鑑定医制度の概要(2)

れる。この名簿は学会機関誌で公示され、裁判所、検察庁、ならびに弁護士会に報告される。

(8) 認定更新：5年ごとに学会認定精神鑑定医資格の更新をしなければならない。このとき、①過去5年以内に行った刑事精神鑑定例1例（簡易精神鑑定、および、医療観察法鑑定を除く）。②過去5年以内に学会が開催する刑事精神鑑定ワークショップ、または、事例検討会を受講している。

(9) 指定研修施設：精神鑑定の研修を促進するために、機関の了解を得て指定研修施設を指定する。当該施設では、①精神鑑定の見学、②鑑定助手として研修が行われる、③指定施設内での鑑定会議への出席、④その他、症例検討会などへの出席。

(10) 指定研修施設の認定基準：①刑事責任能力

鑑定の経験のある精神保健指定医が複数名常勤している。②年間に5件以上の刑事責任能力鑑定が行われている（簡易精神鑑定を除く）。③心理検査が実施できる。④精神鑑定会議が開催されている。⑤認定にあたっては研修・教育企画委員会を選定し、理事会に報告され承認を受ける。

3. 今後必要となる検討事項

2012年6月の理事会、評議員会、ならびに、総会において、学会認定精神鑑定医制度の概要が承認された。しかし、実施については、今後いくつかの準備作業が必要である。以下には、必要と思われる準備作業を列挙する。

- (1) 学会認定精神鑑定医制度規則、ならびに、施行細則の確定。
- (2) 受験申請書等、各種所定書類の整備。精神鑑定書提出にかかる様式の確定。
- (3) 試験委員の選定
- (4) 書類審査、および、面接試験における審査基準の明確化。
- (5) 受験審査料の確定
- (6) 認定審査実施時期の確定
- (7) 指定研修施設の認定

これらの確定作業を急ぎ、その内容を順次会員に報告していく方針である。

2 指定医療機関等の現状

現在の施行状況を見ると、678床の指定入院機関が整備されており、目標の9割以上が整備されている。指定通院医療機関は総数438のうち、54が都道府県立病院であり、384が民間の精神科病院である。指定通院医療機関の主体は民間精神科病院であり、政策医療に協力する民間病院が期待された。指定通院医療機関は、訪問看護、デイサービスなどいろいろな治療機能を持つ必要があり、多機能な中規模の精神科病院の存在がこれから見直されていくことになる。鑑定入院医療機関は216あり、民間病院でもかなり精神鑑定を行っている。精神保健判定医については、1千名を超えてはいるが4割程度は鑑定の経験がないという状況であり、今後、安定した精神鑑定を行うことが大きな課題である。鑑定入院医療機関については、MRIなどの画像診断が出来る、心理検査が実施できる等の機能が必要であるが、これについては多少問題がある。鑑定内容に問題がある事例があることをうけて、厚労省は判定事例研究会を開催して、その中で鑑定が難しいとされている人格障害や発達障害の問題を研究会として明らかにしていくことが行われている。八木先生を中心に行われてきたが、その中で明らかとなったこととして、医療観察法鑑定では、責任能力判定、治療反応性、さらには、入院医療が適切か通院医療が適切かという複雑な判定が求められていることである。

3 5年目の報告

平成24年7月に厚生労働省は医療観察法の施行状況を国会に報告した。申立件数は1,800件あまりで、終結した件数が1,765件であった。この結果をグラフにすると入院決定が61%、通院決定が18%、不処遇が17%である(図1)。これを医療観察法が施行された翌年の平成18年と23年を比較すると、初期においては入院決定は54%、不処遇は18%と19%であり差はないが、通院は

23%と非常に多かった。特に近畿地区は、入院と通院が半々という結果であった。実際に近畿地区は訪問看護ステーションが精神障害者を多数受け入れおり、この地区では、通院処遇の機能が高いと言える。地域の機能によって、通院の%が変わることが明らかとなった。しかし、指定入院医療機関で行われる入院医療の中で、治療プログラムが研究され、一定程度入院治療を行った方が後の

経過が良いことが明らかとなり、入院医療から始めて内省や病識を獲得することの必要性が強調されるようになった。その結果、入院医療の平均が68%になったものと考えている。

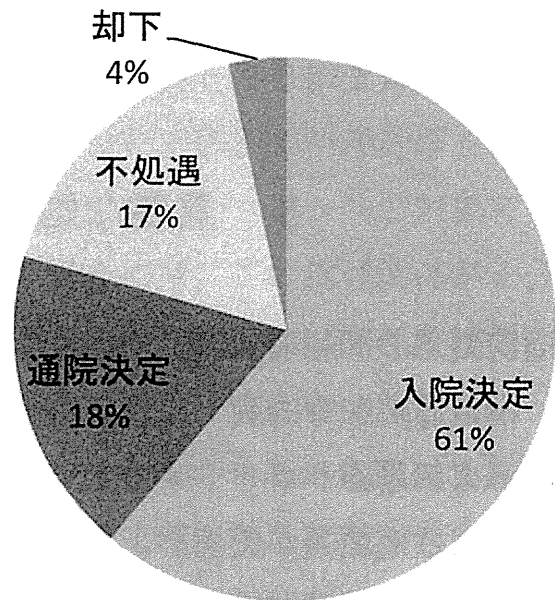


図1 審判結果（厚労省報告：1,765件）

4 指定通院医療機関が抱える問題

通院申し立てには、直接と移行通院があり、また、通院が終了となるものもあり、通院処遇を受けている対象者の総数は月によって異なる。グラフにすると平成23年には544人であるが、通院対象者数は次第に増加してきている。

このような中で不足しているのは社会復帰調整官であるが、各都道府県あたり2名の確保を目標としている。指定通院医療機関によって、通院対象者数は大きく異なる。平成21年度調査では、指定通院医療機関のうち23.2%には通院対象者がいない状況で、対象者がいる場合には、平均2.3人である。他方、10名を超える通院対象者をもつ医療機関も少なくない。対象者数に見合ったスタッフをそろえるのが難しくなっている。このために厚生労働省が通院医学管理料を増額したが、それでも、医療観察法の専任スタッフを雇うの

は困難な状況であり、指定通院医療機関の負担が重くなっている。また、訪問看護師数を増やそうにも看護師不足のために困難な状況が続いている。

5 重要な処遇の実施計画の策定

通院処遇の開始時には、「処遇の実施計画」を策定するが、実施については、指定通院医療機関と保護観察所が連携をとり、さらに、都道府県・市町村の担当部局もサポートするという形である。しかし、行政・保健センターの協力には地域差が大きい。指定通院医療機関は医師、訪問看護師、作業療法士等の多職種チームを形成して個別の治療計画を作って医療保険サービスを駆使しながら通院医療を行っている。保護観察所は、精神保健観察と生活環境調整の二つを行い、社会復帰調整官が主役である（図2）。

通院処遇の流れでは、審判と同時に通院が開始される直接通院と、入院処遇を受けた後退院審判を受けてから通院する移行通院があり、どちらも原則3年間の通院で必要であればさらに2年間延長できていることになっている。そ

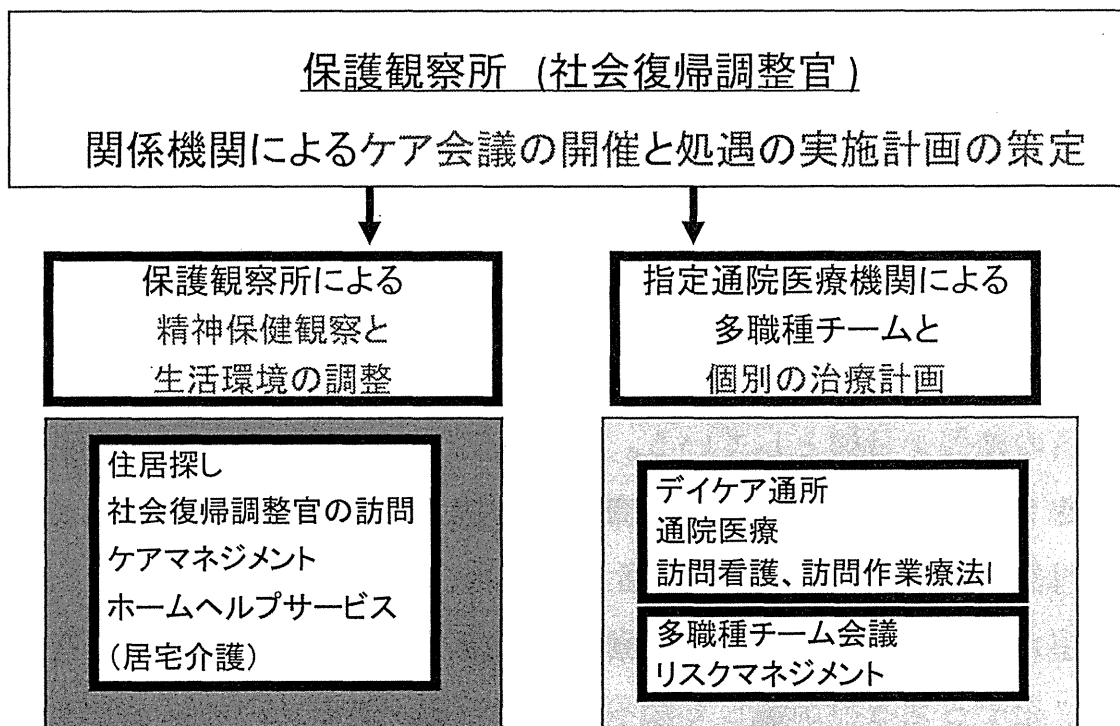


図2 通院医療と地域処遇

して、3年間の処遇のうち一般の精神科医療に移行して、その後も医療を継続するというのが通院処遇の目標である。

指定通院医療機関ではこの実施計画にもとづいて個別の治療計画を作成し、多職種チームが動き始めることになっている。時に、スタッフと対象者との信頼関係が非常に重要になる。直接通院の場合には、この信頼関係が十分に構築されないまま通院が始まり、そういう点では当初、信頼関係を結ぶのが難しい場合もある。

処遇の実施計画は医療観察法の第104条に含まれており、処遇の実施計画を定めなければならない、そのときは指定通院医療機関と都道府県市町村との間で協議の上で定めなくてはならない。指定通院医療機関は社会復帰促進のために相談に応じて必要な援助を行い、ならびにその保護者および精神障害者の医療、保健、福祉に関する機関の連絡調整をおこなわなければならない。さらに精神保健福祉法47、49条に記載されているように、都道府県、市町村、保健所は相談に応じそして連携を図るよう努めなければならない。処遇実施計画はケアプランであるが、ある意味ではいろいろな各機関が連携して参加しなければならないと理解すべきである。普通に精神科病院を退院

(法104条)保護観察所は指定通院医療機関と管轄する都道府県及び市町村と協議のうえ処遇の実施計画を定めなければならない。

(指定通院医療機関)通院対象者の社会復帰の促進を図るため、その者の相談に応じ、必要な援助を行い、並びにその保護者及び精神障害者の医療・保健・福祉に関する機関との連絡調整を行うよう努めなければならない。

(精神保健福祉法第47・49条)都道府県、市町村、保健所は精神障害者及びその家族等からの相談に応じ、その他の関係行政機関と密接な連携を図るよう努めなければならない。市町村は、精神障害者から求めがあつたときは、当該精神障害者の希望、精神障害の状態、社会復帰の促進及び自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な指導及び訓練その他の援助の内容等を勘案し、当該精神障害者が最も適切な障害福祉サービス事業の利用ができるよう、相談に応じ、必要な助言を行うものとする。

図3 処遇の実施計画の策定

通院前期 (1～6M)	訪問看護 2～3/w OT,DC	入院医療から通院医療へ円滑に移行。 通院開始時点の評価、治療計画作成。 毎週通院。基礎的社会生活能力確保。
通院中期 (7～24M)	訪問看護 1～3/w OT,DC	限定的な社会活動への参加。 2週間に1回の通院。疾病の自己管理、 社会生活能力の維持。
通院後期 (25～36M)	訪問看護 1～3/w OT,DC	地域社会への参加の拡大。2週間に1回 の通院。一般精神医療への移行準備。確 実な服薬。

図4 通院医療の治療ステージ分類

した人々は、現在は専門医がいろいろケアプランを作成するが、強制力が弱いもので、イギリスのCPAのようなきめ細かさはない。医療観察法の処遇の実施計画は、法律的に協力関係を求めているという意味では非常に力強い。保護観察所は指定通院医療機関、精神保健センター、保健所、市町村が参加をしたケア体制が作られている(図3)。

ケアプランの流れをみると、通院医療は前期、中期、後期の3つのステージに分けられて支援が行われる(図4)。最初の6ヵ月の前期では、訪問看護、デイケアが頻回に行われ、基礎的な社会生活能力の確保、すなわち、確実に通院、服薬し、生活リズムを整え、掃除をし食事をするという基礎的な社会生活能力を最初の6ヵ月で構成することになっている。中期では、訪問看護の回数も少し減ってきて、通院は2週間に1回程度とガイドラインに示してある。これによって自ら疾病を理解して服薬をし、自己管理する。そしてデイケアでは参加するだけでなく他の人とのコミュニケーションをとる、近所の清掃活動に参加するといった社会生活能力を維持される。後期では、地域社会への参加が拡大し、例えば選挙に行く、地域の活動に参加する等が行われ、一般医療への移行が準備される。実際のところは、前期、中期、後期と通院処遇の方達には個人差はあり、ガイドライン通りに進むものではない。ガイドラインでは、クリニカルパスが作られ、訪問看護やデイケアの回数が

示されている。実際に行ってみると、デイケアには行きたくないという人も多く、訪問看護に来てくれるなという本人，家族もいる。なかなか実施するのは難しいが，それぞれのチームが工夫しながら頑張っているのが現状である。

6 病状悪化時の対応

病状悪化時の対応を処遇実施計画に記載しなければならないが，第1段階，第2段階，第3段階と分けて，非常に悪くなってからではなくて，早い段階でキャッチすることが重要である。病状をきちんと把握することが通院処遇のなかでは重要である。第3段階で緊急で自傷他害のおそれのある場合は，保護観察所の長が措置通報をすることができることになっている。例えば，以前に殺人を犯したときと同じような幻覚妄想が出て落ち着かない場合は，自傷他害のおそれがあると判断すべきである。この保護観察所の長の通報義務はいいものではあるが，緊急にこれで動き出したことはなく，ほとんどの場合指定通院医療機関で強制的に入院させている。そういう意味で，病状悪化時の対応というのは指定通院医療機関の機能に頼っているのが現状である。

7 通院処遇の終了状況

通院処遇の終了の目安は，再燃がないこと，継続的な治療が行われていること等が要件であるが，平成21年度のアンケート調査では，3年間の通院処遇の途中で終了しているものが約半数である。実際には，通院処遇を継続して満期終了を希望する対象者，家族が増えている。それは医療費が無料，丁寧に支援してくれるから安心感があるからで，これを「だらだら通院」と呼んでいる。やはり，早期の終了を目指すのが本来の姿であることは言うまでもない。

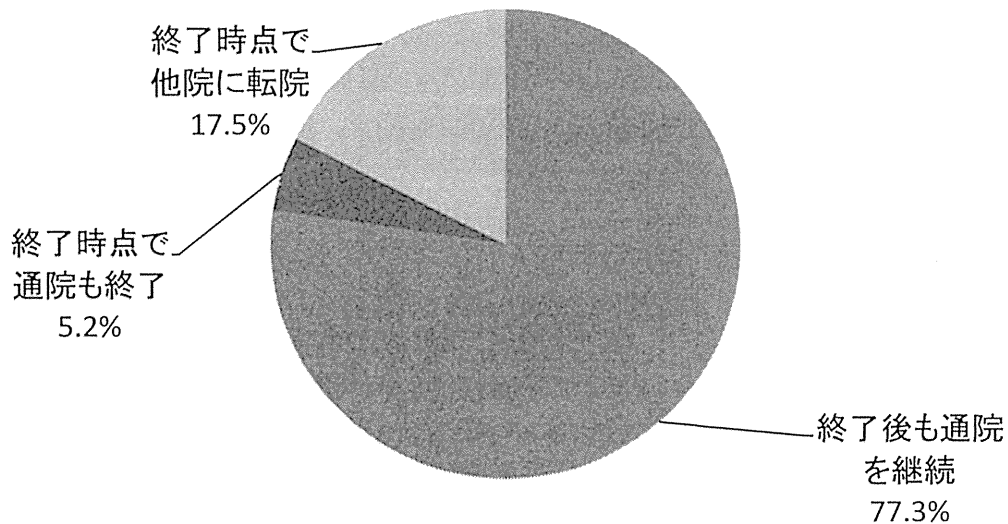


図5 外来通院の継続状況

通院処遇が終了した後については、長期的なフォローというのはまだできていない。平成21年度の段階の調査では処遇終了後、外来通院がどれだけ継続しているかをみると、継続しているのは77.3%，終了時点で他院に転院が17.5%，この転院した内の77%が通院継続しているとしたならば、全体の9割近くは終了後も通院を継続しているといえる。医療観察法の通院医療がこのあと長い期間どうなるかという課題があるが、通院処遇終了後も医療が継続しているという現状をみると通院処遇は成功しているといえる（図5）。

8 通院事例の紹介

これは移行通院で○歳男性，統合失調症。警察から危険人物として監視されていると感じるようになり，ホテルに泊まっているときに，部屋の周りを殺人集団に取り囲まれ殺されると思い，部屋に火を放って逃げようとして，放火の罪で医療観察法の申立が行われ，入院処遇となった。2年1ヵ月の治療後，通院開始。家族の協力も得て市内のアパートに住むが，デイケア通所しないと言う。早く仕事がしたい，医療観察法が終わったら通院しないと病識が欠如した状態であった。それでも多職種チームが根気強く，本人の家まで行き，服薬をしているかどうかの確認や通院を勧めてみたりとずっと支

え続けた。その後1年半を過ぎた頃、病状が軽快してきて、次第に病識もでてきて対話も穏やかになってくる。お兄さんの勧めで電気工事士の免許をとり、兄の電気店を手伝うようになった。この事例をみると、病識が不十分な通院初期においては、強制通院という要素が効果を示しており、ただ強制通院だけで済むのではなく多職種チームがより熱心に支え続けることにより、結果として安定した通院と生活にむかうことに成功したのである。

医療観察法の通院医療の特徴をみると、①強制通院と支援の双方による相乗的な効果がみられる。処遇の実施計画では多職種だけではなく、多くの機関が関わりと法律で定められているので、ある意味 ACT に近い形で地域で支えられているというのが処遇の実施計画の特徴である。医療観察法の通院処遇がうまくいっているというのは、ある意味では法律で定められた支援体制があるということである。②アウトリーチがかなり効果的である。③対象者と家族を巻き込んだ治療が効果的である。

9 再入院事例の検討

医療観察法で通院中に病状が悪化し、一時的な指定通院医療機関への入院だけでは改善が難しく、再び指定入院医療機関に再入院する事例もある。通院中の対象者の数が増えると同時に再入院の人数も増えてきている。統計的には、再入院事例は通院対象者の2.5～3%にとどまっている。これは諸外国に比べると格段に少ない数であるが、もちろん対象となる人やシステムには大きな差がある。治療可能性があり、80%の人が統合失調症である。これまでの調査の事例25名では、男20名、女性5名。そして、移行通院が圧倒的に多い。物質使用障害を併存しているのが6名、知的障害を伴っているのが1名、当初から通院処遇になったのが適していなかったのが3名、病識の欠如や服薬継続の理解に問題があるが9名、ストレス耐性の弱さがあった、再燃しやすい人6名であった。さらに、通院を開始してから、どれくらいの期間で病状が悪化し再入院となったかを調査してみると、6ヵ月以内で病状が

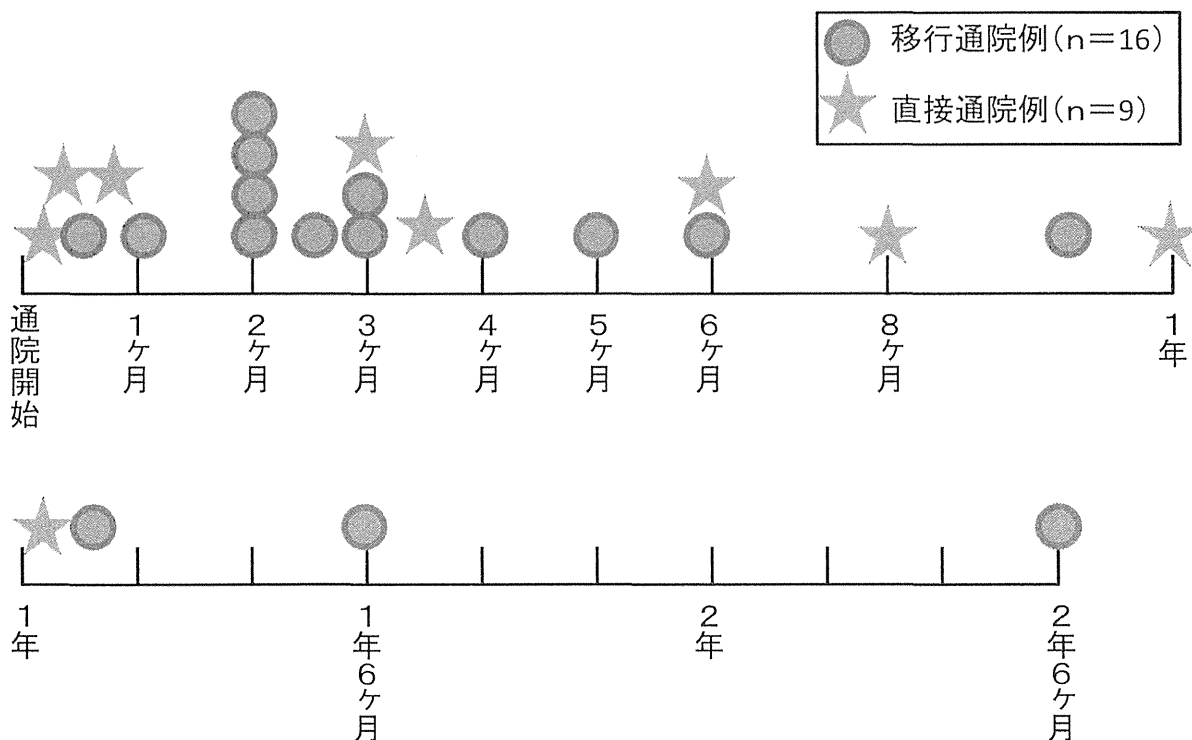


図6 再入院事例（病状悪化までの期間）

悪化している例が極めて多いことが分かる。逆にいうと通院開始から6ヵ月を経ると安定化するとも言える（図6）。

指定入院医療機関というアメニティのよい状況から、通院という厳しい環境に変わる状況を考えると、外泊やデイケアへの参加などを現状よりも頻回に行う必要がある。実際には、指定入院医療機関から外出や外泊をするときは、職員を2名つけなければいけない。まして院内の会議を通してからとなると、多くても月2回しか外泊、外出ができないことになっている。3～4回で退院にしてしまうのが現状となっている。たとえば外出をする際の職員は2名必要であるが、スタッフの1人を入院機関職員、1人を通院機関職員からというふうにして、より頻回に通院医療機関になれるようにガイドラインを変えるべきではないかと思う。また、事例によっては、退院直後にはかなり手厚い支援を要する対象者も少なくないことから、受け入れ側の体制の見直しも必要である。

10 指定通院医療機関への精神保健福祉法による入院

指定通院医療機関への精神保健福祉法による入院状況について調査したところ、開始時の一時的入院は比較的多く、4分の1が該当する。理由は、地域生活支援体制の構築、スタッフに慣れる、入院して何回か外泊に慣れるなどである。これは小規格の指定通院医療機関のこれからの役割になっていくものと期待される。通院の途中で入院するのは約30%と多い。その理由は病状悪化が最も多く、幻聴や被害妄想など病状の悪化が理由として最も多い。通院開始からどれくらいの日数で入院したかをグラフで見ると、日精協が行った全国デイケア通所者の再入院調査の結果と比較すると、通院処遇者の方がやや少ないことが分かる(図7)。そして、入院してからの在院日数をみても、医療観察法対象者の調査の方が短い。精神保健福祉法の入院のタイミングはど

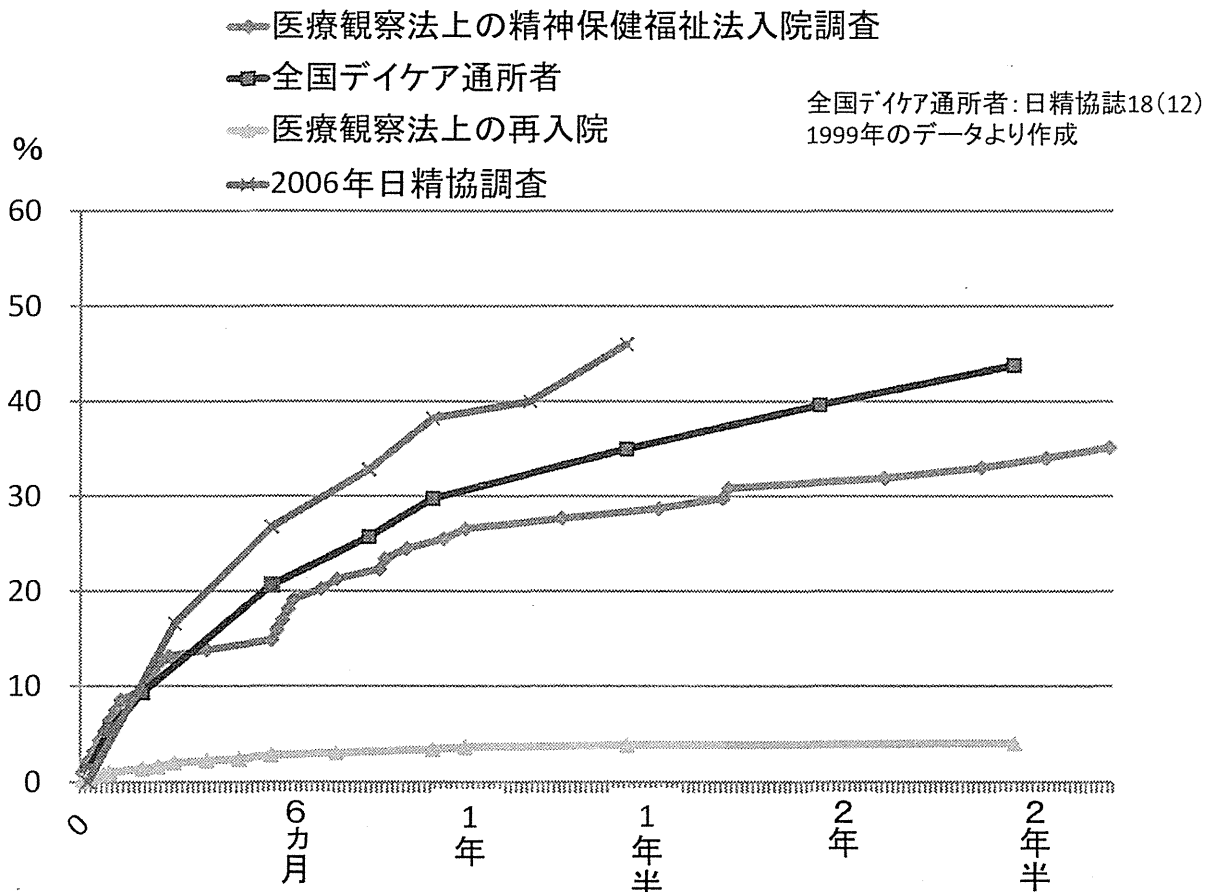


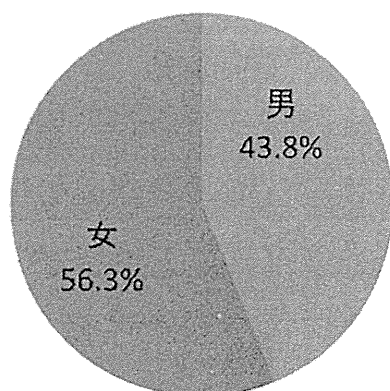
図7 精神保健福祉法による入院までの日数

うだったかを聞くと、早めの入院は38%、中等度の病状の増悪は31%、いずれにせよ早めに入院が行われている。これは通院医療の基本的なものと考えている。通院処遇では、強制通院を基盤として多職種チームによる手厚く見守る、さらに、本人のニーズを把握しながら生活を支援するが主体であるが、通院処遇で重要なことは、常に見守る、早めに病状の悪化をつかむ、そして必要であれば早めの指定通院医療機関への入院の対策をとることである。このように指定通院医療機関への一時的な入院は極めて効果的であるので、少なくとも4ヶ月程度までは、精神保健福祉法入院であっても入院費が国費で賄われることが望ましい。

11 通院中の死亡事例

通院中の死亡事例についても調査を行った。30例の回答があったが、53.3%が自殺である。この他に自殺企図例もあると思われるが、それについては不明である。自殺事例16例を見ると、女性が56.3%と多く、年代は30代、40代が多い(図8)。入院からの移行通院の方が圧倒的に多く、診断名は81.3%統合失調症と最も多い。通院開始から亡くなるまでの期間は、大体9ヵ月までが多いが、バラつきが多く期間に特徴は無い。対象行為では殺人・殺人未遂、傷害、放火が多く、殺人・殺人未遂5例のうち4例は身内が被害者、傷

男女比



年代

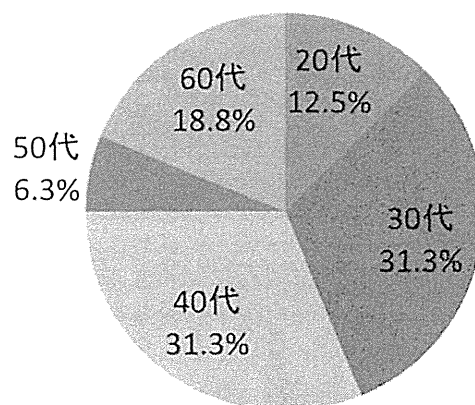


図8 医療観察法通院処遇での死亡事例自殺事例(16例)

害5例のうち3例は身内が被害者であった。

調査の際に、個別の事例報告はしない、集計したもののみを報告するということで調査を依頼し実施した。自殺に至った経緯は事例ごとに異なっており、その内容の調査は困難であった。自殺事例の特徴をまとめると以下のようになる。①対象行為では、自殺を目的とした事例については、特に注意を要する。②被害者が身内である場合にはそのリスクが高い。③自殺が起こりやすい時期については、9ヵ月以内が約半数を占めるが、その時期を特定はできない。今後、自殺に関するリスクマネジメントを検討する必要がある。例えば自殺だけでなく、自殺企図の方もふくめて検討をしなければならぬ。残された家族や関連スタッフへの支援も必要である。

12 おわりに

医療観察法の通院処遇は、実施前は、あまりにも人員や社会資源が少ない中で成功するかどうか心配された。ところが数年間実施してみると、様々な困難な事例はあるにしても、全国調査の結果からみると、良好な結果を得ている。その理由を挙げてみると、①多機関が関与する「処遇の実施計画」の存在が効果的であった。②強制的に医療を受けることが義務付けられていることが効果的であった。③アウトリーチを主体とする多職種チームが効果的であった。今後、さらに通院処遇が充実することを期待したい。

研究にご協力いただいた先生方に感謝し、このような発表の機会をいただいた当学会の方々に感謝いたします。

文献

- 1) 厚生労働省ホームページ (http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/sinsin/index.html)
- 2) 松原三郎：平成21年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業分担研究報告書「通院医療の実態把握に関する研究」、医療観察法における医療の質の向上に関する研究総括・分担報告書169-204, 2010

- 3) 松原三郎：平成24年度厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業分担研究報告書「指定通院医療機関の治療機能の向上と多職種・多機関の連携を効果的に行う方策に関する研究」，専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究総括・分担報告書73-98, 2013
- 4) 松原三郎：平成25年度厚生労働科学研究障害者対策総合研究事業分担研究報告書「指定通院医療機関の治療機能の向上と多職種・多機関の連携を効果的に行う方策に関する研究」，専門的医療の普及の方策及び資質向上策を含めた医療観察法の効果的な運用に関する研究総括・分担報告書73-91, 2014

