

シと方法論」としてまとめているか、再度要点を整理しておきたい。

共有する情報の主な内容としては、①対象者の他害行為の内容と、②症状パターン 特徴、留意点、③家族状況 生活情報などがある。これを、共有する関係者としては、①社会復帰調整官、主治医(指定通院医療機関)、②保健師、精神保健福祉士、ケースワーカーなど法的に守秘義務のある職種、③障害者作業所職員など法的な守秘義務はないか関わりの深い職種、④地域の住民等、と分けて検討することが適当であると考えられる。

問題となるのは、上記①の触法精神障害者であることの情報とその理由となった過去の他害行為の具体的内容に関する情報をとこまで共有すべきかであるか、これについては、基本的には社会復帰調整官と主治医に限るべきだと考える。

その他の情報については、地域の関係者の間で共有する必要があるが、個人のプライバシーの保護には十分な配慮がなされる必要がある。

(3) 生活の場でのケア

触法精神障害者の病状を寛解状態で維持するためには、服薬管理や仲間作りなど生活の場の視点か大切である。1日24時間という生活全体としてとう過ごすのかか問題となる。

そこでは、周囲からの関わりの目か確保されること、引きこもらずに出て行ける居場所があること、カウンセリング体制か確保されることなどか大切であり、それぞれ誰か主体となって実際に進めていくのかを考える必要がある。

なお、ケアを提供する側の安全確保は重要な課題であり、例えば訪問は2人で行くことを明文でルール化することにより現場の関係者か対象者に説明・対応しやすくすると、環境の整備に配慮する必要がある。

また、地域住民の理解が重要であることは言うまでもなく、民生委員や地域リーダーの協力を得て、地域の人々の疑問に答え法制度、病態基本パターン、精神病全般などについての必要な情報提供を行うことにより、精神障害者に関する理解を深めていくことか大切である。

(4) 社会復帰調整官の活動

社会復帰調整官の役割は、法適用期間中における対象者の退院後の地域でのケア態勢

の整備ではあるものの、地域でのケアはその期間終了後も継続して維持される必要がある。

このため、その活動に当たっては、地域の資源を活用し自律的・継続的なケア体制の整備に努める必要がある。具体的には、地域住民に精神障害という病気についての理解を深め協力を得るための説明者を得るなど、地域での協力体制を作ることが求められており、常に適用期間後への継続性を念頭に置いて活動を進めていく必要がある。

この点で、社会復帰調整官の活動は、そのまま地域における精神保健体制の整備につながるべきものである。

おわりに

心神喪失等医療観察法の目的は、法適用期間中を問題なく過ごしているかを監視することではなく、将来にわたって本人が地域の人々に見守られながら生活していける場に戻っていくことを支援するものであると考えられる。

心神喪失等医療観察法に基づく法適用期間中だけを考えれば、社会復帰調整官の活躍により地域の関係者か協力して支援体制を築くことも可能かもしれないが、それがそのまま法適用期間終了後の地域の受け入れ態勢の整備を意味するものではないことに留意する必要がある。

法適用期間はその期間終了後の体制への移行期間であるとの認識がなければ、社会復帰調整官か頑張れば頑張るほど法適用期間終了後の体制への移行時点でのギャップか大きくなるということにもなりかねない。

このため、法適用期間中における地域での処遇の検討に当たっては、今後の地域社会における精神障害者の受け入れ態勢の整備を先行的に施行するとの視点か求められると考えられる。

平成 15 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）
触法精神障害者の処遇のモニタリングと社会復帰に関する研究
研究協力報告書

情報提供者の保護

研究協力者 平野美紀（国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部）

1 問題の所在 守秘義務と情報共有とのかねあい

周知のように、医師は職業上知り得た患者の秘密を守る義務を有している。古くはヒポクラテスの誓いにより医師について守秘義務が課されていたのは倫理上の規範としてである。そして現在の日本では、医師については刑法上、看護師等については特別法上、守秘義務が課されている。

医療情報の取扱いについては、諸外国でもさまざまに議論されているところであるが、医療観察法上の対象者に関する情報は、医療上の情報たけにととまらず過去の他害行為や私生活など、極めて個人的な事柄を含むため、その情報の保護については十分な配慮が必要となる。また、平成 15 年にはわが国でも個人情報保護法が施行され、個人情報の保護のあり方について関心が高まっているところである²。

一方で、医療観察法の下では、対象者の社会復帰にむけての地域ネットワークが必要とされ、医療機関だけではなく保健所や福祉関係機関も含めた多機関が相互に連携をはかりケアを行うことが重要となる。そのため、多職種の協力体制の構築が期待されることから、個人情報を必要に応じて開示し共有化することが不可欠となる。このことは、厚生労働省精神保健福祉課と法務省保護局総務課の協議による「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」でもうたわれている。

しかしながら、情報提供者が、守秘義務の課せられている身分の者や公務員として守秘義務が課せられている者であれば、自らが守秘義務違反に抵触しないかという懸念を持ちかねない。また、身分上は守秘義務を有しない者であっても、提供した情報かどのように取り扱われるかが明確でなければ、情報提供者として安心して情報提供できる環境とはいえない。このように、情報の提供 共有のシステムが整備されない状況では、適切な援助が行われずに、結果として対象者本人の不利益になりかねない。

これまでわが国では、医療における多職種での情報共有について法的な検討が加えられたことはほとんどなかった。現行刑法が守秘義務を医師に限っているのも、多職種による医療を前提としておらず、医師患者間のみでの医療行為において生じる秘密保持義務だけを想定しているためである。多職種における情報共有の問題は、今後、検討されるべき課題であろう。

そこで、本稿では、守秘義務と情報提供とのかねあいという問題意識の上に、医療観察法の下での情報提供者の保護について、法的な観点から検討する。

なお、情報提供者とは、

- ① 当該対象者の処遇のモニタリング 社会復帰にかかわる医療 司法・福祉等の関係者である場合、と
- ② そのような関係者から情報提供を求められた一般人の場合、とかあるか、本稿で述べるのは、主に①の場合である。

また、情報とは、対象者の社会復帰が促進されるために必要な情報である³。具体的には、対象者の居住の状況や家族の協力の有無等、対象者を取り巻く状況等が想定される。

2 守秘義務と守秘義務の解除

2 1 刑法上の守秘義務

現行刑法上では身分を限定して秘密漏示罪が規定されている。

【刑法 134 条】医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産師・ 又はこれらの職にあった者か、正当な理由かないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する。

つまり、刑法 134 条の規定によれば、医療における特定の職業にある者か業務上知り得た個人の秘密は、正当な理由かない限り第三者に知らせはならないのである。

刑法上の守秘義務が医師・薬剤師 医薬品販売業者・助産師に限定して課されているのは、多職種による医療を前提としておらず、医師患者間のみでの医療行為において生じる秘密保持義務だけか想定されているためである。

日本での議論では、刑法で規定されている秘密漏示罪の保護法益は、個人法益である個人のプライバシーとされる⁴。そして、ここていう「秘密」とは、特定の小範囲の者にだけ知らされている事実であるか、通説によれば、客観的にみて本人にとって秘密として保護するに値するものでなければならぬとされる⁵。しかし、この説のほかは、本人か他の者に知られたくないという意思を持っていれば足りるとする説⁶、あるいは、客観的に秘密とする利益があり、かつ、本人も秘密とすることを欲していなければならぬとする説⁷がある。

2 2 守秘義務の解除

(1) しかしながら、秘密に当たる情報についても、法令上の規定がある場合には、その情報の提供が許される。たとえば、感染症予防法等の規定によって、医師は保健所長や都道府県知事に届出義務がある。これは、公衆衛生上の公共の福祉か、個人のプライバシーに優先すると考えられるからである。

また、児童虐待防止法 6 条は、「児童虐待を受けた児童を発見した者は、速やかに、 通告しなければならない」と発見した者に通告義務を課し、その義務に従って行った通告については、刑法の秘密漏示罪規定その他の守秘義務に関する法律の規定に違反しないと条

文上で明示している。また、DV法でも、その6条で、通報した者が医療関係者であっても、刑法の秘密漏示罪規定その他の守秘義務に関する法律の規定に違反しないと条文上に明記している。

(2) さらに、客観的に秘密として保護するに値するような情報についても、本人の同意があれば、秘密保持義務が解除されて共有化が許容されると解するのか一般的である。

(3) また、第三者の利益を保護するための場合、本人に自傷他害の恐れがある場合等は、秘密保持と情報の開示とを比較衡量して判断される。情報の開示・共有の法益が優越する場合であれば、情報の共有が許される場合があるであろう⁸。

2 3 特別法上の守秘義務

看護師等の医療従事者には、特別法上の守秘義務が課せられている（保健師、看護師、准看護師につき保健師助産師看護師法42条の2、精神障害者地域生活支援センター職員につき精神保健福祉法50条の2の2、精神障害者社会復帰促進センターの職員につき同法51条の6、精神病院の管理者、指定医、地方精神保健福祉審議会の委員等につき同法53条等）。また国家公務員法や地方公務員法も守秘義務を規定している。

しかし、公務員でない、民間の社会復帰施設職員には、法的には秘密保持義務がない。また、臨床心理士は国家資格として認定されていないために、現行法上は医療従事者としての守秘義務は課されていない。

特別法上の守秘義務が解除される場合については、上記2 2と同様である。

3 医療観察法上の秘密保持義務と義務の解除

3 1 医療観察法上の守秘義務

医療観察法上にも以下のような規定がある。

【医療観察法117条1項】次の各号のいずれかに掲げる者か、この法律の規定に基づき職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときは、1年以下の懲役又は50万円以下の罰金に処する。

1号 精神保健審判員若しくは精神保健参与員又はこれらの職にあった者

2号 指定医療機関の管理者若しくは社会保障審議会の委員又はこれらの職にあった者

3号 第37条第1項、第52条、第57条又は第62条第1項の規定により鑑定を命ぜられた医師

【同2項】精神保健指定医又は精神保健指定医であった者か、第87条に規定する職務の執行に関して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、前項と同様とする。

【同3項】指定医療機関の職員又はその職にあった者か、この法律の規定に基づき指定医療機関の管理者の職務の執行を補助するに際して知り得た人の秘密を正当な理由がなく漏らしたときも、第1項と同様とする。

【同 118 条】精神保健審判員若しくは精神保健参与員が、正当な理由がなく評議の経過を漏らしたときは、30 万円以下の罰金に処する。

このような規定はあるものの、対象者にかかわるスタッフは多職種であり、医療観察法上の守秘義務か、指定医療機関に所属しない者等、社会復帰にかかわるすべての人に課せられているのではないと思われる。

3 2 守秘義務の解除

(1) まず、下記の 2 条は指定医療機関の管理者に対しては、一定の場合において、「通知」「通報」の義務を課している。限定された状況の下での、情報提供について守秘義務が免除されているのである。

【110 条 1 項】指定通院医療機関の管理者は、精神保健指定医による診察の結果、直ちに、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならない。

1 号 この法律による医療を行う必要があると認めることかてきなくなったとき。

2 号 入院をさせてこの法律による医療を行う必要があると認めるに至ったとき。

【同 2 項】指定通院医療機関の管理者は、精神保健指定医による診察の結果、入院によらない医療を行う期間を延長してこの法律による医療を行う必要があると認める場合は、保護観察所の長に対し、その旨を通知しなければならない。

【111 条】指定通院医療機関の管理者並びに都道府県知事及び市町村長は、第 43 条第 2 項()の規定に違反する事実又は第 107 条各号に掲げる事項を守らない事実があると認めるときは、速やかに、保護観察所の長に通報しなければならない。

(2) また、医療観察法では、対象者の社会復帰のために、機関相互の連携等が必要であり、22 条、23 条、90 条には、次のような規定がある。

【22 条】保護観察所の長は、第 19 条各号に掲げる事務（注 生活環境の調整、精神保健観察の実施、関係機関相互間の連携の確保等）を行うため必要があると認めるときは、官公署、医療施設その他の公私の団体に照会して、必要な事項の報告を求めることかてきる。

【23 条】保護観察所の長は、第 19 号各号に掲げる事務を行うため必要があると認めるときは、その必要な限度において、裁判所に対し、当該対象者の身上に関する事項を記載した書面、第 37 条第 1 項に規定する鑑定の経過及び結果を記載した書面その他の必要な資料の提供を求めることかてきる。

【90 条 1 項】指定医療機関の管理者は、適切な医療を行うため必要があると認めるときは、その必要な限度において、裁判所に対し、第 37 条第 1 項に規定する鑑定の経過及び結果を記載した書面その他の必要な資料の提供を求めることかてきる。

【90条2項】指定医療機関の管理者は、適切な医療を行うため必要かあると認めるときは、その必要な限度において、他の医療施設に対し、対象者の診療又は調剤に関する情報その他の必要な資料の提供を求めることかできる。

【106条2項】精神保健観察は、次に掲げる方法によって実施する。

1号 精神保健観察に付されている者と適当な接触を保ち、指定通院医療機関の管理者並ひに都道府県知事及び市町村長から報告を求めるなとして、当該決定を受けた者か必要な医療を受けているか否か及びその生活の状況を見守ること。

これらの規定は、保護観察所（社会復帰調整官）、指定医療機関、裁判所に対しては必要な限度において「照会」や「資料の提供」等か法令上認められるとしたものである。しかしながら、先の児童虐待法のように、通報を義務として、その行為を刑法上の秘密漏示罪その他の秘密保持義務に違反しないことを明確化しているわけではない。

4 医療観察法の下での情報提供と情報共有について

4 1 情報提供

上記のように、医療観察法上、一定の者については、守秘義務か課されている一方、対象者の社会復帰の促進のために、社会復帰に必要な、対象者を取り巻く状況の情報を共有する必要があることから、必要な場合には情報提供を認める規定かある。

しかしながら、対象者の情報か、プライバシーにかかわるものであることから、情報提供者にとっては、情報提供すべきかとうかの判断が困難なことも多いてあろう。また、当然のことながら、情報の取扱いについては、配慮か必要である。

4 2 対象者の同意

医療観察法 22 条、23 条、90 条、106 条 2 項等の規定によって、対象者の社会復帰を促すために必要である場合には情報の提供か求められ、その範囲てあれば、本人の同意がなくても情報提供か許される場面かある。しかしその場合てあっても、事前の同意を得て行うのが望ましい場面もあるてあろう（たとえば「通院義務に違反して通院予定日に診察を受けなかった場合には、社会復帰調整官にその旨を通知すること」について説明し同意を得ておく）。

なお、この場合、その同意を得るために、対象者に対して、情報入手の目的 必要性を説明し対象者にそのプロセスを参加してもらうことによって、広い意味ての治療の枠組みへの参加という意義も含まれるてあろう。

4 3 現場ての対応 情報提供者の保護

- (1) 情報提供は適正手続きに基づいて行われる必要かある⁹⁾のは、今まで述へてきた通りである。実際に、情報提供者に情報提供を求める際には、情報入手の目的、必要性、開示・共有する相手、情報開示 共有の方法等を説明する必要かあるてあろう。換言すれば、情報を提供する者はそれらを明確に認識した上で、相手方に情報提供する必要がある。場合によっては、あらかじめ情報の提供を受ける際

に、必要性や予測される開示の範囲について説明し、情報提供者の同意を得ておくべき場面も生じてあろう。

- (2) 提供する相手方によっては、情報を提供すべきかどうかという問題の判断が困難である場合もあり、情報を共有する相手方を分けて考える必要があろう。たとえば、第三者から提供された情報を、対象者本人¹⁰や他の第三者に開示する場合、その情報の取扱いについては、情報提供者の保護という観点から、配慮が必要となるであろう。そして、情報提供者の同意が得られない場合でなければ、情報を共有できない場合も生じてあろう。
- (3) また、相手方が守秘義務を有さない場合も情報提供についての判断が難しい場合があるであろう。たとえば、地域社会住民への情報開示については、厚生労働省精神保健福祉課と法務省保護局総務課の協議による「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」によれば「個別の事情に応じ、一定の範囲で地域住民に情報を開示することで、対象者の社会復帰が促進されると見込まれる場合には、対象者の個人情報については厳に慎重に取り扱わなければならないことに留意しつつ、地域住民に開示可能な情報の範囲を定めるものとする」とし、限定される範囲で、対象者本人の同意があれば開示される可能性もあるとしている¹¹。よりプライバシーにかかわる情報については、対象者本人の同意を明確に確認する手続きが必要であろう。その場合、本人に同意能力があり、情報開示後の影響等について本人が理解していることが前提である。しかし、情報の内容によっては、情報の提供がまったく認められないこともあり得るであろう。
- (4) このように、現場では情報の開示について混乱する可能性がある¹²、提供の決定基準や方法については、情報共有に関する明確な指針等の策定が強く望まれる¹³。対象者本人が社会復帰のために必要な援助を受けるためにも、また、情報提供者のためにも、提供者がより安心して情報提供をできる環境作りとして必要であろう。現実的には、情報提供者が積極的・能動的に情報を提供するのではなく、問いかけについて回答する、いわば受動的な形式をあらかじめ策定するほうが、処遇の現場では対応しやすいと思われる。たとえば、社会復帰調整官の「規定の要請」に対して回答する形式が策定されれば、医療者の守秘義務とのシレンマも生しにくいし、対象者との治療における信頼関係は維持しやすいように思われる。
- (5) しかしながら、指針を作成してもすべての場面を網羅することは不可能であり、情報提供者が、プライバシーの保護と情報共有とのバランスを衡量する場面は依然として生じてあろうし、そのための研修は必要であろう。
- (6) また、最終判断者の決定などの手続きが明確化される必要があろう。

5 今後の課題 結びにかえて

医療における個人情報の共有については、今後検討すべき課題は多い。精神医療において、病院入院主義から地域ケアに移行を目指すためには、医療の枠を超えて総合的な援助サービスの提供が期待される。その際、多職種による継続的なケアが重要な鍵となるであろう。今後の課題として、地域医療における多職種による個人情報の共有について検討される必要があるであろう¹⁴。

医療観察法の下では、前出の「地域社会における処遇のガイドライン概要（案）」にあるように「地域社会における処遇に携わる関係機関が、統一的で適正かつ円滑な処遇を実施する」ために多職種での情報共有が行われることか必要である。まず、守秘義務と守秘義務の解除について、情報の種類、情報の入手方法、開示・共有の相手方、について分類し、その必要性と相当性について、一定の判断基準と最終判断者について枠組みを検討し、情報共有に関する指針等を作成することか必要であると思われる。

¹ Healy JM, Altman WM, Fox TC Confidentiality of health care provider quality of care information, *Brandeis Law Journal*, vol 40 (2002), 樋口範雄「患者の医療情報の保護 アメリカにおける個人情報保護の一側面」*ジュリスト* 1231号 (2002)、同「アメリカにおける医療情報保護」*アメリカ法* 2003年1号 (2003)、開原成允・樋口範雄『医療の個人情報保護とセキュリティ 個人情報保護法と HIPAA 法』(有斐閣、2003)、Jobes KE, White ER, Antonelli PJ Privacy and security of medical information, *Otolaryngologic Clinics of North America*, vol 35 (2002)

² 石川高明「医療分野における個人情報保護」*ジュリスト* 1253号 (2003)、小林洋二「個人情報保護法と患者の権利」*ジュリスト* 1253号 (2003)。

³ 医療観察法上の対象者は「犯罪者」という位置付けにはならない。この点につき、リーガル・モデル、メディカル・モデルに関する議論として、加藤久雄「触法精神障害者と検察官の訴追裁量権」*ジュリスト別冊* (2004)、同『人格障害者と社会治療』(成文堂、2003)を参照のこと。

⁴ なお、ドイツでは、医療情報の公共性という側面が強調される。そのために、ドイツでは正当な理由があれば本人の同意の有無にかかわらず開示が認められるとする(佐久間修「医療情報と医師の秘密保持義務」大野正義編『現代医療と医事法制』(世界思想社、1995)、同『最先端法領域の刑事規制 医療・経済・IT 社会と刑法』(現代法律出版、2003))。

⁵ 福田平『刑法各論(全訂第三版増補)』(有斐閣、2002)、川端博『刑法各論概説』(成文堂、2003)、前田雅英『刑法各論講義(第3版)』(東京大学出版会、1999)、大塚仁『刑法概説各論(第3版)』(有斐閣、1996)等参照のこと。

⁶ 藤木英雄(船山泰範・補訂)『刑法(第3版補訂版)』(有斐閣、2003)等。

⁷ 大谷實『新版刑法講義各論(追補版)』(成文堂、2002)、平野龍一『刑法概説』(東京大学出版会、1977)等。

-
- 8 五十嵐禎人「関連法規とその抜粋」松下正明編『臨床精神医学講座8巻 薬物・アルコール関連障害』（中山書店、1999）。
- 9 川端博「触法精神障害者のモニタリング研究における法律的問題と対応」平成14年度厚生労働科学研究費補助金『触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究（主任研究者 松下正明）触法精神障害者の処遇のモニタリングと社会復帰に関する研究（分担研究者 竹島正）研究報告書』（2003）。
- 10 本人に対する医療情報の提供という点については、カルテ開示に関する議論が参考になるであろう。例えば、「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会報告書」（1998）、河原格『医師の説明と患者の同意』（成文堂、1998）、丸山英二「医療記録に対する患者のアクセス権」シュリスト1142号ジュリスト1142号（1998）等。
- 11 あくまで「対象者の社会復帰の促進」のために行われるものであって、欧米のように、保安と個人のプライバシーを衡量した上で、地域社会一般にむけて個人情報公開されるような状況を想定しているわけではないと思われる。
- 12 同様に、何らかの基準の策定を望むものとして、柑本美和「心神喪失者等医療観察法における社会内処遇」ジュリスト増刊(2004)。
- 13 たとえば、英国では、NHSあるいは施設により、ガイドラインを作成し、個人情報共有について定めている（平野美紀「英国司法精神医学サービスにおける患者情報の共有とプライバシー保護」平成14年度厚生労働科学研究費補助金『触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する基礎的研究（主任研究者 松下正明）触法精神障害者の処遇のモニタリングと社会復帰に関する研究（分担研究者 竹島正）研究報告書』（2003））。プロートモア病院関係当局（平野美紀翻訳）「患者を特定可能な情報に関する秘密保持のガイドライン」上記報告書（2003）、West London 精神保健 NHS Trust（同）「データ保護方針」上記報告書（2003）、（同）「一般情報共有に関するプロトコル案」上記報告書（2003）等は、詳細に情報共有について規定している。
- 14 江畑敬介「地域精神医学 医療と倫理」松下正明編『臨床精神医学講座S12巻 精神医学』（中山書店、2000）、中谷真樹「医療情報の共有化 インフォームトコンセントからコーホレーションへ」日本薬剤師会雑誌53巻2号（2001）、飛鳥井望 西山詮「地域精神医療における情報の共有化と守秘義務」石川義博編『精神科臨床における倫理』（金剛出版、1996）も同様の指摘をしている。

平成 15 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）
「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療等に関する社会復帰等に関する研究」
（主任研究者 松下正明）
分担研究「触法精神障害者の処遇のモニタリングと社会復帰に関する研究」
（分担研究者 竹島正）

研究協力報告書

「心神喪失者等医療観察制度におけるモニタリング調査と地域支援のあり方」

国立精神・神経センター精神保健研究所
司法精神医学研究部
吉川和男、岡田幸之、松本俊彦、柑本美和、野口博文

研究要旨

【目的】心神喪失者等医療観察法の目的を達成し、対象者が円滑に社会復帰できるよう、制度の運用をモニタリングするとともに、地域社会における処遇を適切に行うための、実務とモニタリング研究と地域社会における処遇支援のあり方を明らかにする。

【方法】心神喪失者等医療観察法の運用状況をモニタリングするためのコホート調査のための準備、地域での具体的な支援体制、モニタリングに際しての情報管理、運用状況を適切にモニタリングするための評価尺度及び研究デザインを検討した。また地域での支援体制のあり方については米国の制度を参考に問題提起した。

【結果】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。デザイン作成の上で、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できないであろう。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る。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る。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か氏名を ID 化したり、情報を受け取ったりするため、監査指導も兼ねた第三者機関を設置するなどの工夫が必要であると思われる。

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」（以下、心神喪失者等医療観察法）においては、附則第 3 条第 1 項で、「政府は、この法律の目的を達成するため、指定入院医療機関における医療か、最新の司法精神医学の知見を踏まえた専門的なものとなるよう、その水準の向上に努めるものとする。」と規定し、また、附則第 4 条には、「政府は、この法律の施行後 5 年を経過した場合において、この法律の規定の施行の状況について

国会に報告するとともに、その状況について検討を加え、必要があると認めるときは、その検討の結果に基づいて法制の整備その他の所要の措置を講ずるものとする。」と規定している。

このように、本制度が適切に運用されているかどうかをモニタリングし、その制度の有効性と問題点を明らかにし、法施行 5 年後の見直しの際の重要な資料となるような研究を行うことの意義は大きい。また、この研究を通して、対象者への有効な援助と介入に関する知見や情報に関係諸機関に

フィートバックしていくことも、新しい制度における医療の発展には欠かせないものとなる。

平成15年7月に心神喪失者等医療観察法が成立し、同年10月には、国立精神神経センター精神保健研究所内に司法精神医学研究部が発足した。この機関には、心神喪失者等医療観察法対象者に関する情報の管理と分析、および、モニタリング研究を行う公的組織としての機能が期待されている。このような経緯から、今年度から司法精神医学研究部が「触法精神障害者の処遇のモニタリングと社会復帰に関する研究」に研究協力として新たに加わることとなった。

前年度の報告書においては、情報管理を行う上で想定されるセキュリティやプライバシー保護の問題が指摘されてきたか、モニタリングに必要とされる具体的なデータ項目の設定や情報収集と管理の手法、研究デザイン、地域社会内における処遇の手法等については次年度の課題として残された。そこで、我々は、前年度の研究成果を踏まえつつ、これらの検討を行うこととした。

B 研究方法

厚生労働省が公表した「指定入院医療機関における入院処遇ガイドライン(案)」を踏まえ、心神喪失者等医療観察法における司法精神医療の実際を想定し、心神喪失者等医療観察法対象者の処遇に関係するデータ項目の設定、情報の収集と管理の手法について検討を行った。また、モニタリング研究において想定される研究デザイン、地域社会内での処遇方法等については、文献調査に基づいて検討を行った。

なお、研究デザイン、情報収集と管理については松本、吉川が、ICFを中心とするデータ項目の検討については岡田が、地域処遇における fidelity measures については野口が、米国の処遇制度については柑本が主に担当し、吉川が各項について追加補足し、全体の修正を図った。

C 研究結果および考察

1 モニタリング研究の目的と研究デザイン

心神喪失者等医療観察法は、その第1条に規定されている通り、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続きを定めることにより、継続的かつ適切な医療並ひにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的」としているため、モニタリング研究もこの理念に従ったものとしなければならない。

心神喪失者等医療観察法のモニタリング研究の研究デザインを策定するに際しては、このような理念に沿ったアウトカムを設定する必要がある。アウトカムによっては、収集すべき情報として何を設定するか必然的に規定されるため、この検討は極めて重要である。我々は、まず先行研究の概観を行ったうえで、モニタリング研究におけるアウトカム、そして、研究デザインに関する検討を行った。

1) 先行研究の概観

海外では、大規模な触法精神障害者に関する代表的な研究としては、Swanson らによる ECA (Epidemiologic Catchment Area) 研究 (Swanson, et al, 1990)、Stockholm Metropolitan Project (Hodgins, et al, 1992)、Ontario グループによる研究 (Harris, et al, 1993)、MacArthur 研究 (Monahan, et al, 1994) などがある。また、わが国では、山上 (1995)、吉川 (1995) による研究がある。

ECA 研究は、特定の地域の住民を対象として、精神障害と過去1年間の暴力の関係について調査したものであり、レトロスペクティブな手法を採用している。一方、他の3つの調査はいずれもコホート研究である。Stockholm Metropolitan Project は、スウェーデンにおける、精神障害者の犯罪と暴力を主題とした30年間の出生コホート研究であり、Ontario group の研究は、男性の精神障害犯罪者および犯罪者の追跡調査、また、MacArthur 研究は、精神病院を退院した精神障害者の1年間の追跡調査である。山上および吉川の調査は、法務省のデータを用いたレトロスペクティブな手法による再犯予測の研究である。

いずれの先行研究でも、アウトカムとして暴力や再犯が設定されており、その研究成果からは、様々なリスク・アセスメントに関する情報が抽出された。たとえば、HarrisらのOntario groupの研究成果からは、VRAG (Violence Risk Appraisal Guide) (表1) と呼ばれるリスク・アセスメントツールが生み出され、また、MacArthur研究からは、Major Risk Factorsが抽出されている(表2)。

しかし、これらの変数の多くは、幼少時期の生活状況や虐待歴、過去の逮捕歴、反社会性人格障害の診断、物質乱用歴など、人口統計学的、犯罪学的な情報から成り立つ静的なものであり、介入によって変化する動変数はきわめて少ない。VRAGよりも少し遅れて発表された、HCR-20 (Webster et al., 1995) と呼ばれるリスク・アセスメント・ツールでは(表3)、過去の犯罪歴、暴力歴だけでなく、現在の精神医学的な臨床症状や将来の支援体制など、若干の動変数も含まれているか、治療や援助の方法論を考える上で十分な情報量とはいえない。

2) アウトカムの設定

モニタリング研究では、心神喪失者等医療観察法の第1条に「同様の行為の再発の防止を図り」と規定されている以上、再犯や暴力などのリスクアセスメントに関する情報をアウトカムから外すことはできない。しかし、制度の見直しまでの5年という期間は、精神障害者の再犯という極めて低いベースレートの事象を予測するには決して十分な期間とは言えない(吉川、2003)。

さらに、心神喪失者等医療観察法第1条には、「対象者の社会復帰の促進」という最も重要な目的が規定されているため、リスク・アセスメント以外の社会復帰に関連するアウトカムを設定しておく必要性がある。

英国のCohenとEastman(2000)は、触法精神障害者の処遇制度を評価するマトリックス・モデル(表4)において、再犯などの「公衆の安全に関する領域」だけでなく、精神症状などの「臨床的領域」、社会的機能などの「リハビリテーション領域」、さらに、制度利用者の主観的満足度などの「人道的領域」といった多岐にわたるアウトカムを採用している。これは、先行研究の関

心が、あまりにも再犯・暴力に偏りすぎていたという批判や反省を踏まえたものである。心神喪失者等医療観察法のモニタリング研究においても、このような考え方を取り入れ、リスク・アセスメント以外の広範な領域からこの制度を評価すべきであると思われる。

3) 触法精神障害者のマトリックス・モデル

CohenとEastman(2000)は、TansellaとThornicroft(1998)が開発した精神保健医療福祉を評価するマトリックス・モデルを触法精神障害者版に改変した。その際の指標となる変数は、「インプット」、「プロセス」、「アウトカム」に分けられた。

(1) インプット

インプットは、精神保健ケア・システムに入ってくる資源に関するもので、以下のように施設の種類や規模、人的資源、施設の物理的な性質等を指しており、我が国の心神喪失者等医療観察法の制度や指定入院医療機関における人員等によって決定される。

- ① 医療の構造
 - ・提供者側の組織
 - ・組織の構成
 - ・施設の性格
- ② サービスの能力
- ③ 資金
- ④ 人的資源
- ⑤ 人的資源の発達
- ⑥ サービス プロトコル
- ⑦ アクセスの範囲
- ⑧ 実施ガイドライン
- ⑨ 情報システム
- ⑩ 政策と法律

(2) プロセス

プロセスは、精神保健サービス提供するための活動に関するもので、以下のように処方薬、診断あるいは治療の過程、患者との治療関係等、介入の際に生じる技術的あるいは対人関係的な要素が含まれる。この要素は、特に、今後、様々な介入研究を行っていく際に考慮すべき項目となる。

- ① 特異的な臨床介入
 - ・身体の治療
 - ・精神療法/カウンセリング
 - ・社会心理的治療

評価

・リハビリテーション（作業療法等）

- ② 患者、治療者関係
- ③ サービス間の連携
- ④ 即応性とアクセス能力
- ⑤ 待機リストとベット・ブッキング
- ⑥ 治療至る経路
- ⑦ 治療の頻度と期間
- ⑧ サービス利用の形態
- ⑨ ケア プログラム・アプローチのモニター状況
- ⑩ 治療の継続性
- ⑪ 強制力
- ⑫ 治療の実施
- ⑬ 効率性
- ⑭ 治療の適正

（3）アウトカム

アウトカムの計測については以下の原則が示されている。

原則1 アウトカムは多次元 multi-dimensional となるようにし、4領域に分ける。

① 臨床的領域

- ・ 精神症状や障害の進行過程等に関係するもの。
兆候、症状、診断、精神症状の強さ、治療に求められる介入の量と程度。
- ・ データはカテゴリカル（診断等）または数量的（思考障害の強さ等）なもの。死亡率、疾病率、生活の満足度、寿命等の一般保健上のアウトカムも含めることか望ましい (Atkisson et al, 1992)。

② リハビリテーション領域

- 病気や病理学というよりは適応や機能に焦点をおいたもの。アウトカムとしては、以下の二つが重要である。
- 社会的機能 社会技能・対人接触の頻度・連絡の取りやすさ・仕事、家族、ピアグループ、地域社会のような意義のある社会のネットワークに関わっていること等。
- ・ 手段的機能 教育の程度、問題解決能力、学習ないし仕事の能力、就労レベル等。

③ 人道的領域

主観的に健康な状態や利用者の満足度あるいは QOL 等。

④ 公衆の安全に関する領域

- ・ 個人の自由とパターナリズムの両者のバランスを図ること。
- ・ 身体の安全と健康についての個人と社会の権利を最大限に尊重すること。公衆の安全と福祉に関するアウトカムを得る測定手段を、治療とリハビリテーションの効果の研究に組み込むこと。

前述したように、従来の触法精神障害者に関するリサーチのほとんどが公衆の安全（再逮捕や再拘留等の再犯率）に関するアウトカムに集中してきたか、今後のリサーチは他の領域も検討すべきであるとの重要な指摘かなされている。

原則2 精神保健の結果は複数の視点から測定されるべきである。

患者、家族、介護者、治療者、調査者の視点を含めること。

原則3 個々の利用価値の違いを考慮しなければならない。

個人個人によって、あるいは集団によって精神保健の結果についての有用性（利用価値）は異なることを考慮する。

- ・ 文化、年齢、性を考慮する。

原則4 測定手段およびリサーチ デザインの標準化

- ・ 比較を容易にするために調査毎の測定手段の標準化が必要である。また、測定手段には特異性も要求されるため、標準化と特異性とのバランスを図る必要がある。

しかし、日常業務としての臨床効果の研究は一般化して述べることも難しく、無作為割り付け試験 Randomized Control Trial (RCT) が困難な場合がある。

原則5 縦断的なデザイン

- ・ 横断的デザインは情報量に富むことか多いか、精神障害の多くか慢性的な性質を有するため、精神保健におけるアウトカム・スタディを行う場合には、縦断的なデザインを採用すべきである。

原則6 コストを結果に加える

- ・ サービスがなかった場合の患者、家族、社会に対するコストを考慮に入れる。

原則7 波及する影響を考慮する

- ・ 科学、臨床活動、法制度の3つの局面におけるニーズについての情報を考慮する。

Cohen と Eastman によって示された、上記7つの原則を全て満たすことは難しいか、どこまで可能かの限界を知り、何らかの趣向によって他の領域を無視していないかどうかを認識することか重要であると思われる。また、実際に何を計測していないか、そのことかなぜ正当化されるのかも意識しておく必要がある。例えば、仮に、結果としてリスクを測定することか症状の改善やQOLよりも重要であるとするならば、それはどのような理由によるのか説明できなければならない。

4) 研究デザイン

治療の介入研究などの実験調査 experimental research においては、調査者が実験的にある治療プロトコルを設定するなど条件を自由に操作可能であるか、心神喪失者等医療観察法の運用状況をモニタリングする本調査は、基本的に調査者が介入したり、変数を操作したりすることは実質的に不可能である。また、調査者がある対象者をこちらの条件に、別の対象者はあちらの条件にと、条件の割り当てをすることもできない。従って、モニタリング調査は、「自然に操作された」変数を評価する観察調査 observational research のスタイルを取らざるを得ない。

また、対象となる事象には、複数の変数が関与しているだけでなく、これらの変数はダイナミックに相互に関係しているため、観察調査では、このような変数の多様性を考慮し、長期にわたって観察をし、相互の変数の影響を検討しなければならない。

モニタリング調査は、心神喪失者等医療観察法の対象となった者をプロスペクティブにフォローアップしていくものであるから、コホート調査の形態をとることになる。コホート調査の利点及び欠点については以下に記す通りである。

〔利点〕

時間の流れを確実に設定することかできる（先行する事象が対象にしているアウトカムの前に来ている）。

- ・ 先行する事象を計測する際、アウトカム

によるバイアスを受けない。

- ・ 先行する事象からアウトカムに至るまでの経過あるいは進行状況をモニタリングする際に、複数の時点において、多様な評価方法を導入することかできる。

あらゆる順列の条件か、先行する事象（時間1において起きた事象）とアウトカム（対象者が時間2においてそのアウトカムを示した）との関係の中で調査することかできる。

リスクや保護的要因、原因、介在する要因について一般化したり、理論を試すのに理想的である。

〔欠点〕

- ・ プロスペクティブ調査は終了するのにかなりの時間を要し、重要な疑問に対する答えを出すのか遅れる。

- ・ 長期にわたって実施される調査には人的、資金的にコストを要する。事例を縦断的に調査していくために調査者はフルに時間を割かなければならない。

長期にわたるため対象者を消失したり、縮小したりし、標本に影響する。

- ・ コホートの影響か仲介要因として働く可能性がある。すなわち、ある特定の時点において評価された標本の結果を反映しているに過ぎない場合がある。

- ・ 対象となるアウトカム（再犯等）は比較的ヘースレートか低い可能性があり、統計的強度や標本数かアウトカムを評価する際に問題となる場合がある。

コホート調査は、典型的には、対象となる一集団を同定し、その集団を長期にわたって追跡していく調査である。ある特定のクライテリア（例えば心神喪失者等医療観察法の対象者）に属する全対象者を選択し、それを単一の集団 single-group とみなす。その後、この集団のアウトカムの発生を検討することになる。例えば、心神喪失者等医療観察法の対象となって指定入院医療機関に入院した者をその時点で同定、評価し、その後、レトロスペクティブに追跡し、一定期間内で、何らかの兆候を示した者と示さなかった者を同定する。対象者はあらかじめ単一の集団として同定され、かつ、選択されているとはいえ、長期にわたって追跡していった結果、異なったアウトカムを示すのかという集団なのかを見出すのか

目的である。つまり、アウトカムを評価する時点において、サブグループが明らかになる。さらに、そのアウトカムに至った先行要因を解析することによって、何らかの適切な介入方法を検討していくことになる。

以上より、心神喪失者等医療観察法のモニタリングの研究デザインは、観察調査としてのシングル コホート調査となる。

2 必要とされるデータ項目と情報収集の方法と時期

すでに厚生労働省から公表されている心神喪失者等医療観察法にかかる「入院処遇ガイドライン(案)」によると、対象者の入院中の評価については「入院時の初期基本評価」と「共通評価項目」を設定することか示されている。

「入院時の初期基本評価」については、処遇ガイドラインに以下のような説明が加えられている。

「入院時には、家族歴、発達 生活歴、薬物使用歴、病歴と治療歴、暴力や触法行為とその処遇歴、今回の対象行為と責任能力評価、心神喪失者等医療観察法における鑑定や審判決定などを考慮して、対象者に関する総合的な評価を行う。診断はICD-10を用い、生活全般の評価は、国際生活機能分類(ICF)を用いる。初期基本評価に基づき治療計画を作成する」

入院時には、鑑定入院や保護観察所による生活環境の調査等の情報も集まるため、犯罪歴等のプライハシー保護に関して厳重な配慮を要するであろう。しかし、これらの情報はいわゆる静的な人口統計学的情報か主体であるため、データの一貫性は比較的保たれやすい。

これに対して、「共通評価項目」は、入院以降、治療や介入によって何らかの変化か期待される動的変数を主体としており、どのような評価尺度を用いるかによって、データの一貫性が大きく変化する可能性が高い。前述の処遇ガイドラインには以下のような説明が加えられている。

「対象者全員に入院時から治療の一貫性と、多職種チーム間の評価の統一、各施設の治療標準化を図るために、共通評価項目を設ける。共通評価項目を基本とする評価として、対象者の全体的な評価を行うか、共通評

価項目の評価方法は、リスク アセスメントとマネージメント及び ICF の生活機能評価と互換性を有する指標に基づくものとする。共通評価項目は以下の 16 項目を原案とする。

精神症状 1 (陽性症状)、精神症状 2 (陰性症状、気分、不安)、病識、行為の内省、反社会性、衝動性、自傷、暴力、物質乱用、共感性、対人関係、治療効果、治療継続性、生活技術能力、現実的計画性、社会資源の活用」

生活全般の評価方法として登場する ICF については、4 で詳細に検討するか、多職種間での共通言語として、あるいは、モニタリングのデータ情報の一貫性を保つためにもその有益性が期待される重要な評価手法と思われる。

「共通評価項目」は、指定入院医療機関や指定通院医療機関で定期的開催される多職種チームのカンファレンスやケア会議等において、各スタッフ間で確認、共有されるべき情報である。このような情報をとのタイミングでどのようにしてモニタリング情報として収集するか最大の課題となる。入院処遇ガイドラインにおいては、週に1回、多職種によるカンファレンスを行うことか示されている。また、指定入院医療機関の管理者は、特に対象者等からの処遇終了の申し立てかない場合には、地方裁判所に対して6ヶ月以内に入院継続の確認の申し立てをしなければならないため、治療スタッフは少なくとも入院半年毎に入院処遇継続の必要性についての評価を行う法的役割を担っている。また、退院許可の申し立ての場合においても同様の評価を行う必要がある。従って、情報が指定入院医療機関内で、整理される時期は、1週間単位、6ヶ月、退院時に分けて考えられる。モニタリング研究でこの全ての時期に情報を収集する必要性があるかどうかは別として、このようなダイナミズムに耐えうるようなデータ・ベースを作成しておく必要があると思われる。

入院処遇が終了し、通院処遇が開始された場合にも、モニタリングは継続され、情報が引き続き収集されていく必要があるのは当然である。この場合、入院処遇のように1週間単位でカンファレンスを行う必要

性があるかどうかは検討を要するか、少なくとも定期的な情報収集の時期が設定される必要性がある。通院処遇においては、治療の継続状況、地域内における対人関係や社会的資源の利用の状況等の情報に加え、社会復帰調整官による介入状況についても評価する必要がある。このような情報が多職種チーム内で一同の元に共有されるのは、社会復帰調整官が招集するケア会議においてであろう。従って、ケア会議の直後か、通院処遇の経過中における情報収集時期として適切ではないかと思われる。なお、心神喪失者等医療観察法による処遇終了時点においても、詳細な項目に関する評価が必要である。

以上をまとめると、入院処遇中は、毎週、共通評価項目に関する情報がアップデートされ、少なくとも入院時、入院6ヶ月毎、および、退院時には必要な情報が収集されることになる。また、通院処遇中は、少なくとも、ケア会議開催後及び処遇終了時に、必要な評価情報が収集されることになる(図1)。

3 モニタリング研究における情報の収集方法と管理方法

本研究の目的は、心神喪失者等医療観察法の目的を達成し、対象者が円滑に社会復帰できるように、制度の運用をモニタリングすることにあるため、かなり公的な要素が強い。しかしながら、対象者のプライバシーに関わる重要な個人情報扱うことには変わらないため、情報管理のセキュリティとプライバシー保護に関しては十分な配慮が求められる。一方、指定医療機関から、かなり膨大な情報を収集することになるため、より効率的で実現可能性のある情報の収集方法を同時に模索しなければならない。前年度の報告書における提言も踏まえ、以下の方法を提言したい。

1) ID 番号化とその管理

指定医療機関から精神保健研究所にデータが入る前に、「第三者機関」によって、すべての対象者にID番号が与えられ、研究者か、対象者の情報を扱う際には、その氏名が一切分からないような仕組みを設けることが必要である(図1)。たとえば、「第三者機関」は、研究所からの情報解析の結果

を元に、指定医療機関の医療の質の面での監査指導等を行う公的機関とし、対象者の名前とID番号の対応表はそこで厳重に管理することなどが考えられる。

2) 情報収集の方法

作業の効率性を考えれば、対象者の情報は、電子媒体によって収集され、データ・ヘース化されるのが理想である。この場合、情報は一定の期日内に、指定医療機関の医療スタッフによって入力され、「第三者機関」に送信されることになる。また、セキュリティ保護のため、すべての情報は暗号化された形で送信される必要がある。

3) 情報の受信と管理

精神保健研究所においては、「第三者機関」において暗号が解読され、ID番号が与えられた情報をイントラネットを通して、あるいは、電子媒体で直接受け取ることになる。研究所において情報を保管するコンピュータは、一切の外部接続のない専用のものとし、通常は施錠された室内に設置される必要がある。

4) 情報欠損を防ぐ方法

指定医療機関は、医療内容や質の情報を「第三者機関」に報告する義務があるため、情報の欠落を防ぐことかできる。

4 ICFによる評価

ICFとはInternational Classification of Functioning, Disability and Healthの略称である。日本語版では国際生活機能分類と訳されている。ICFは1980年に国際疾病分類ICDの補助分類として発表されたICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps国際障害分類の改定版として2001年5月にWHO総会で採択された。

上田や大川が強調するように、それまでのICIDHは、従来の医学的な考え方と同様、身体機能による生活機能の障害を分類するという視点を中心にしてきた。ところが、ICFにおいては、このような障害の分類だけに留まらず、とくに実生活の中での活動や社会参加における能力というポジティブな側面に焦点をあて、それらの相対的な決定因となる環境因子も重視したのが特徴である。

心神喪失者等医療観察法の対象者は、精

神障害と触法行為といういわは2重のハンディキャップを持つわけであるか、ICFの考え方を導入すると、障害やリスクというネガティブな側面ばかりに注目するのではなく、彼らに備わっている活動や社会参加のポジティブな能力に注目することか可能となり、彼らの社会復帰を実現するための対応策を具体的に検討し、それを促進する環境因子を整えるきっかけとなることが期待される。これは、公衆の安全だけでなく、臨床、リハビリテーション、人道面の多次元領域のアウトカムを想定した触法精神障害者のマトリックス・モデルとも共通した考え方である。また、この原則4において示された、測定手段の標準化の問題か同時にクリアされる可能性も秘めている。さらに、指定医療機関における医療か多職種チームによるアプローチを採用しようとしている以上、治療の評価に際しては、多職種間の共通言語か必要となり、この点においてもICFは威力を発揮するものと思われる。以下に、心神喪失者等医療観察法における司法精神医療においてICFを利用し、これによってモニタリングを行うことによって得られる利点と限界について整理したい。

1) ICFの司法精神医療への導入の利点

(1) 世界保健会議による承認、勧告、要請

ICFについては2001年5月に開催されたWHOの年次総会(第54回世界保健会議WHA54.21)により、その承認かなされ、研究、サーベイランス、報告における適切な方法での使用か勧告され、WHO加盟国へその活用のための援助を行うことへの要請かなされている。日本における新しい精神医療のありかたを決める重要な位置にあるといえる心神喪失者等医療観察法に基づく医療の現場において、他の精神医療の領域に先立って積極的にICFを採用することは、このWHAの決議を鑑みても有意義なことであると考えられる。

(2) ICD-10との共通性

ICFはICD-10と相互補完的なものとして位置付けられている。現在、ICD-10は日本の医療のなかでも幅広く用いられており、ICFの使用は合理的である。

(3) 評価の一貫性、客観性

評価というものはしばしば主観的になり

やすいものであるか、一定の基準を与えるICFの利用により、一貫性、客観性を得ることかできる。ここでいう一貫性とは具体的には、対象者個人内、対象者間および施設間、多職種間、一般社会と司法精神医療の間のそれをさす。

a 対象者個人内での一貫性

処遇開始と処遇終了、入院決定と退院決定などのそれぞれにおける評価基準に齟齬かあった場合、著しく対象者の人権を損なうといったおそれかある。入院処遇ガイドライン(案)の記載にもあるように、これらの判定、評価の基準には整合性かななければならない。ICFによって個人の処遇における縦断的な一貫性を保持することは有益である。

b 対象者間や施設間での一貫性

複数の対象者を処遇するため、医療と観察にあたっては、それぞれの特珠な事情か鑑みられる必要かある。その個別の特珠性を重視するうえでも、むしろ複数の対象者に対して一貫した視点で評価をする必要かある。このことにより対象者間や施設間での処遇に格差か生しることを防ぐことかできる。

c 多職種アプローチにおける職種間の一貫性

心神喪失者等医療観察法に基づく医療においては、幅広い多職種の専門家が医療と観察にかかわりをもって機能する。このチームによるアプローチのなかではケア会議(通称)か頻りに開かれることか想定されており、これらの多職種間での共通言語をICFに求めることは理にかなっていると考えられる。

d 社会、被害者等への説明における一貫性、客観性

心神喪失者等医療観察法のなかでは被害者や社会に対する配慮も行うことか求められる。専門知識をもたないこのような一般の人々に対する説明にあたっては、できるだけ客観的で一貫性をもった視点か示される必要がある。この点でもICFは有用であると考えられる。

(4) 網羅性

評価の項目設定にあたっては、見落としかなくとも必須条件である。ICFは生活の全領域にわたって網羅的であり、この点

て有用である。

(5) 社会復帰の視点

ICF では実生活の中での機能を重視し、とくにそこで必要な支援のありかたについても明確な指針を示しうる。すなわち社会復帰の視点を盛り込むことができる。リスク アセスメントへの偏重を回避し、また精神医学領域だけに限らない幅広い介入を策定するうえで有用である。

a 暴力などのリスク アセスメントだけに偏った判定を回避できる。

触法精神障害者等に関するこれまでの研究や臨床で用いられてきたアセスメントツールは、再犯などに焦点をあてたものが多かった。対象者の危険性にばかり着目することは、ともするとラベリングやスティグマの問題を惹起する。ICF の幅広い、かつ社会復帰に注目する視点はこのような弊害を回避する意味をもつ。

b 精神障害以外の障害も評価にとり入れられる。

精神障害者の社会復帰を阻害するものは、必ずしも精神障害によるとは限らない。ときには合併する身体障害や環境の不整備かその障壁となっていることもある。ICF による評価は、精神医学以外の全般的な領域についておこなわれるので、より現実的な社会復帰の計画を立案する助けとなる。

(6) リスク・アセスメントの視点

上記(5) a に述べたとおり ICF の使用は評価のリスク・アセスメントへの偏向を回避することにつながる。しかし一方で、リスク アセスメントの視点というものは司法精神医療の実際においては、なお重要であることは否めない。ICF の項目をつぶさに検討すると、例えば対人関係(d710-799)には、対人関係における寛容さ(d7201)、対人関係における行動の制御(d7202)や社会的ルールに従った対人関係(d7203)など、リスク・アセスメントに関係する項目も相当程度にカバーできると考えられる。またそれらを治療目標として具体的に設定することにも役立つ。

2) ICFの司法精神医療への導入にあたっての限界

ICF を導入する上で考慮すべき、限界に

ついても検討しておく必要がある。以下のような点があげられる。

(1) 評価ツールとしての長期的な採用について

ICF は ICIDH の改訂版であるか、また完成したものとはいえない。ICF の解説にも開発途上であることが明記されている。したがって今後も改定を経るものと考えられ、それゆえこれからの長期モニタリングでは安定性を欠くのではないかという懸念もある。しかしながら、むしろこのように最新の研究成果を盛り込んだ変更が行われていくことこそか、評価ツールとしての妥当性と信頼性を高めるものと思われる。なお、現在の ICF には適宜「空きコード」が作られており、今後あらたな項目が案出された際にはこれを埋めるかたちで追加されるものと思われ、これにともなう混乱等は比較的少ないと予想される。

(2) 評価“項目”の成熟度—とくに個人要因について

ICF の評価項目は相当網羅的ではあるか、背景要因のうちの「個人要因」は全く未分類である。これについては今後の改定を待つしかない。ただし、これらの要因は心神喪失者等医療観察法における医療でも重要であるけれども、治療等の介入によって変化するものというよりも、主として過去の経歴(生活歴、発達歴、触法歴など)に関するものが主である。したがって必ずしもモニタリングという観点からは重要とはいえない。現状においては、「入院時の初期基本評価」などにおいて詳細な“アナムネーゼ”が採取されることにより補完しうるものと考えられる。

(3) 評価“尺度”としての成熟度

再三述べるように ICF の項目立ては十分といえるものである。しかしそれをスケールとして用いるうえでは未成熟といわざるを得ない。このことは測定者間の信頼性などにも大きく影響する。今回、心神喪失者等医療観察法に基づく医療で ICF を採用するにあたっては、同時に尺度としての信頼性についても研究を実施していく必要があると考えられる。

(4) 精神医療への浸透度

日本の医療、とくに精神医療領域における ICF の浸透の低さは否めない。今後、そ

の利用を促進する解説などが必要である。一方で、この採用がひとつのモデルとなり、司法精神医療のみならず精神医療や医療全体にわたって ICF の普及をすすめる足かかりとなる可能性もある。

(5) 従来 of 精神医学的 な 評価 と の 互換性

ICF は精神医学に特化したツールではない。したがって精神医学的症候の項目、とくに精神病理的な項目については粗く、浅いということは否めない。

しかし「共通評価項目」というものは、個人の深い精神病理を考察することを目的としてはいない。評価にあたっての最小限度の必須項目 minimum requirement あるいは最大公約数 greatest common factor という位置にあると捉えるべきである。そもそも、例えば週 1 回の診察で一人の医師が診療録に「Appetit gut, Schlaf gut, GH(-)云々」といった記載をするようなケースと比較するならば、例え ICF が精神病理学には“粗い”ものであるとしても、同じ週 1 回なから多職種が総合的な視点から意見を出し合っ て ICF に基づいた検討によって記載される情報の方が実際にはより綿密な評価につながる可能性もあるといえるのではないだろうか。またこれまで精神医療の中ではあまり重要視されてこなかった領域、例えば「対人関係における敬意と思いやり (d7100)」などという項目を追うことによって新たな治療戦略のヒントを与える可能性もあると言えるであろう。

なお、これまで多く用いられてきたいくつかの精神症状の評価尺度 (BPRS や PANNS など) との並存的妥当性などを検討することも今後の課題となり得よう。

(6) 項目数の多さ

ICF の網羅性が有用であることを先に述べたか、一方でこのことは評価項目が多いことを意味している。例えはコードにして 2 桁までで 362 種、4 桁までで 1424 種の項目が設定されている。これらの全項目を頻繁にコードして使用することは、実際には困難である可能性がある。この点については、今後、十分な検討を行ったうえで一定の指針を作成する必要かあると考えられる。

(7) 短期的な変化の測定能力

ICF によって短期の変化を捉えることについての限界も指摘しうる。確かに ICF の

項目のなかには 1 週間程度の時間ではほとんど変化しないものも多い。この点については、より短期的変化に鋭敏なスケールを現場では自由に採用してよいのではないかとも思われる。必要に応じて、それらの短期的な評価スケールを包括的にとらえるスケールとして ICF を位置付けて、並存的な妥当性を検討することも課題となりうると言えよう。

(8) 画一的導入の難しさ

ICF によるとその使用にあたっては所定の研修を受けることか推奨されている。前述の項目の多さとあいまって、このことか新しい制度において ICF を画一的に導入することを難しくする可能性かある。やはり今後、行われる心神喪失者等医療観察法における医療従事者研修等を利用した普及活動か必要であろう。たたし、これまでの ICD や DSM の定着の経緯を考えると、比較的短期間に ICF か専門職の間での共通言語となりうることも予想される。

5 モニタリングのための fidelity measures の開発

Fidelity measures 忠実性・事実性尺度とは、心理・社会的援助プログラムの「標準的モデルへの適合度 (大島)」を評価する尺度と定義される。指定入院及ひ通院医療機関における医療や地域における処遇は、今後も、厚生労働省が作成する処遇ガイドラインを基礎として提供されていくこととなるか、このような医療や処遇の実施内容に一定の基準を設けて測定し、モニタリングするための手法として fidelity measures の開発か求められる。

特に、現段階においては、地域における通院処遇に関する具体的な処遇内容か未知数であることもあり、対象者の社会復帰を施策に具体的に反映させるためにも、「通院医療」と「精神保健観察」の要件を明確にし、医療従事者や社会復帰調整官の行動を評価することを目標とした fidelity measures の開発か必須であると思われる。

研究スケジュールとしては、平成 15 年度は文献調査によりプログラムモデルの定義を行い、平成 16 年度からはパイロット調査によって測定項目を設定し、平成 17 年度より妥当性の検討を実施する予定である

(fidelity測定)。

Fidelity measures は、米国において精神保健センターの監査 (NIMH) や、権利擁護の指標 (NAMI) の実務に援用されており、実際に、「サービス基準を伝達するのに有効である」(Mowbray, et al, 1998)、「プログラム費用を算定するのに有用である」(Deci, et al, 1995)、「人口や社会資源による格差を調整するのに有効である」(Noble, 1991)等の報告かなされている。一方で、「単一モデルに偏重しかちである」(Hughes & Clement, 1999)、「経済的な要求に応じて開発が行われている」(Bachrach, 1988)、「現状を維持するために利用しているに過ぎない」(Bond, et al, 2000)等、標準的モデルを定義する際に何らかの操作が関与するとの批判もある。

1) 医療観察制度における処遇の構成要素

医療観察制度による「通院処遇ガイドライン案 (平成 16 年厚生労働省)」あるいは「地域社会における処遇ガイドライン案 (平成 16 年厚生労働省)」に準拠し、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を整理すると表 5 のようになる。これにより、組織構造や制度運用に関する測定項目が明らかとなった。しかし、実際の fidelity measures の開発には、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る fidelity measures の構成要素を検討するため、Dartmouth Assertive Community Treatment Scale (Teague, et al, 1998) と Integrated Dual Disorders Treatment Fidelity Scale (Ohio SAMI CCOE, 2003) の両者を表 6 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、我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る fidelity index

を作成した (表 7)。

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か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た。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かできる。この場合、デザインの設定自体は容易であるか、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的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か可能である。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