

- ・ 精神保健福祉関係機関名
- ・ 担当者名
- ・ 援助の内容及び方法等

その他

- ・ MDT 会議の予定（内容、場所、頻度など）
 - ・ 関係機関が行う定期的報告など
 - ・ 病状悪化の誘因
 - ・ 前駆症状
 - ・ 予想される問題とその対応、担当者
例：通院の不規則化、作業療法参加の不規則化、服薬中断、生活の不規則化
 - ・ 病状急変時等緊急時の対応（精神保健福祉法による入院体制など）
保護観察所を中心として、関係機関の役割分担と責任を明らかにしておく
緊急時の対応は、具体的かつ詳細に記載し、対応が適切に行われるようにする
受診まで：目的、担当者
外来診療：場所、担当者
入院治療：場所、入院形態、担当医師、担当看護師、保護者、不在時対応者
 - ・ 医療観察法終了後の一般精神医療・精神保健福祉サービスの利用に関する事項
 - ・ 説明者の署名
 - ・ 患者、家族の同意、署名
-

住居の移動

対象者が、他地域へ移動する場合は、社会復帰調整官（ケア・コーディネーター）が中心となり、移動前に十分な情報提供および、受け入れ先、多職種チームによる会議などを行うことが望ましい。対象者に合わせて、柔軟に必要なケアを提供していく。

CPA-J の終了

対象者毎に MDT 会議で決定する。以下の事例が参考になる。

- ・ 医療観察法による医療を受けさせる必要があると認めることができなくなった場合（医療観察法第 54 条）
- ・ 患者が亡くなった場合³⁾
- ・ 音信不通となり、1 ヶ月経過した場合³⁾（未定）
- ・ その他

共通評価項目

表 7 共通評価項目

精神医学的要素	個人心理的要素	対人関係的要素	環境的要素	治療的要素
精神病症状	内省・洞察	共感性	個人的支援	コンプライアンス
非精神病性症状	生活能力	非社会性	コミュニティ要因	治療効果
自殺企図	衝動コントロール	対人暴力	ストレス 物質乱用 現実的計画	治療・ケアの継続

参考引用文献

- 1) Becker T, Leese M, McCrone P, Clarkson P, Szmukler G, Thornicroft G: Impact of community mental health services on users' social networks. PRISM Psychosis Study. 7. Br J Psychiatry 173; 404-8, 1998.
- 2) Bindman J, Beck A, Thornicroft G, Knapp M, Szmukler G: Psychiatric patients at greatest risk and in greatest need. Impact of the Supervision Register Policy. Br J Psychiatry 177; 33-7, 2000.
- 3) Blackpool Social Services, Blackpool Wyre & Fylde Community Health Services NHS Trust, Lancashire Social Services: Care Programme Approach Policy and Guidelines, 2001.
- 4) Burns T: Case management, care management and care programming. Br J Psychiatry 170; 393-5, 1997.
- 5) Burns T, Fioritti A, Holloway F, Malm U, Rossler W: Case management and assertive community treatment in Europe. Psychiatr Serv 52; 631-6, 2001.
- 6) Holloway F, McLean EK, Robertson JA: Case management. Br J Psychiatry 159; 142-8, 1991.
- 7) Holloway F, Carson J: Intensive case management for the severely mentally ill. Controlled trial. Br J Psychiatry 172; 19-22, 1998.
- 8) Holloway F, Carson J: Case management: an update. Int J Soc Psychiatry 47; 21-31, 2001.
- 9) Leese M, Johnson S, Slade M, Parkman S, Kelly F, Phelan M, Thornicroft G: User perspective on needs and satisfaction with mental health services. PRISM Psychosis Study. 8. Br J Psychiatry 173; 409-15, 1998.
- 10) Marshall M, Lockwood A, Gath D: Social services case-management for long-term mental disorders: a randomised controlled trial. Lancet 345; 409-412, 1995.
- 11) Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. In: The Cochrane Library, Issue 1, 1999, Oxford: Update Software.
- 12) Muijen M, Marks I, Connolly J, Audini B: Home based care and standard hospital care for patients with severe mental illness: a randomised controlled trial. BMJ 304; 749-54, 1992.
- 13) Simmonds S, Coid J, Joseph P, Marriott S, Tyrer P: Community mental health team management in severe mental illness: a systematic review. Br J Psychiatry 178; 497-502; discussion 503-5, 2001.
- 14) 高橋清久編: 平成 16 年度司法精神医療等人材養成研修教材集. 精神・神経科学振興財団, 2004
- 15) Tyrer P, Morgan J, Van Horn E, Jayakody M, Evans K, Brummell R, White T, Baldwin D, Harrison-Read P, Johnson T: A randomised controlled study of close monitoring of vulnerable psychiatric patients. Lancet 345; 756-9, 1995.
- 16) Walsh E, Harvey K, White I, Higgitt A, Fraser J, Murray R: Suicidal behaviour in psychosis: prevalence and predictors from a randomised controlled trial of case management: report from the UK700 trial. Br J Psychiatry 178; 255-60, 2001.
- 17) Ziguras SJ, Stuart GW: A meta-analysis of the effectiveness of mental health case

management over 20 years. Psychiatr Serv 51; 1410-21, 2000.

- 18) Ziguras SJ, Stuart GW, Jackson AC: Assessing the evidence on case management. Br J Psychiatry 181; 17-21, 2002.

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
吉川和男 岡田幸之 松本俊彦 柑本美和 野口博文	心神喪失者等医療観察 法制度におけるモニタ リング研究	犯罪学雑誌	71	1-21	2005
Ito H Koyama A Higuchi T	Polypharmacy and exce ssive dosing: psychia trist's perception of antipsychotic drug prescription.	British Journ al of Psychia try(in press)			
原井宏明	ベンゾジアゼピン系薬 物の漸減・中止 依存 に対する認知行動療法 と動機付け	ストレス科学	18	211-220	2004
原井宏明	向精神薬療法をとりま く問題 転帰と治療 今すぐ癒されるか, 二年 後の回復か	こころの科学	116	34-40	2004
西山潤、平林直次	妊娠、授乳期における 非定型抗精神病薬の使 用について	日本総合病院 精神医学会雑 誌	16	69-73	2004
Hirabayashi, N Wada, K, et al.	Prevalence of Substan ce Abuse among Patien ts with Physical Dise ases Seen in an Emerg ency Room in Japan.	The American Journal on Ad dictions	13	398- 404	2004

IV. 研究成果の刊行物・別刷

心神喪失者等医療観察制度におけるモニタリング研究

吉川 和 男, 岡田 幸 之, 松本 俊 彦
柑本 美 和, 野口 博 文

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

Monitoring Study in the New Forensic Mental Health Service System in Japan

Kazuo YOSHIKAWA, Takayuki OKADA, Toshihiko MATSUMOTO,
Miwa KOHJIMOTO and Hirofumi NOGUCHI

Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health,
National Centre of Neurology and Psychiatry

Abstract

Aim of this study is to clarify the way of monitoring study for new forensic mental health service system in Japan. We also discuss the need for community treatment methods in this service. Its design should be prospective single cohort study, because we have to follow up all subjects for this system continuously. The most important point in designing the present study is how to set its outcome. Although the most of the previous studies used recidivism or risk of violence as outcomes, it is difficult to monitor the system properly unless the variables concerned with rehabilitation area are used as the outcome. If we assess variables objectively, we have to introduce standardized assessment tools like International Classification of Functioning (ICF). ICF is superior to other assessment tools, because it pays much more attention to positive aspects in activity and participation of patients than to negative aspect in their disability. If we maintain the standard of our medical service and inspect the system, we have to develop the fidelity measures. Protection of individual information is important in the monitoring study. So we propose an establishment of a third party to allot the ID of individuals and administer the information and also perform the function of inspection.

Key words: mentally disordered offender, monitoring study, forensic mental health

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が、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を関係諸機関にフィード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。

モニタリング研究においては、情報管理を行ううえで想定されるセキュリティやプライバシー保護の問題、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、多くの課題がある。そこで、我々は、諸外国やわが国における先行研究の成果を踏まえつつ、これらの問題点の検討を行うこととした。

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係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。

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とおり、「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び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が必然的に規定されるため、この検討はきわめて重要である。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²⁷⁾、HodginsのStockholm Metropolitan Project¹³⁾、HarrisらOntarioグループによる研究¹²⁾、MonahanらのMacArthur研究¹⁹⁾などがある。また、わが国では、山上ら⁴⁰⁾、吉川⁴¹⁾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。山上ら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。

表1 HCR-20 (Historical Clinical Risk management-20)
Webster et al., 1995

H 履歴 (過去)	C 臨床 (現在)	R リスクマネジメント (将来)
H 1 過去の暴力	C 1 病識の欠如	R 1 実行可能性のない計画
H 2 最初の暴力事件が若年	C 2 否定的態度	R 2 不安定要因に暴露されること
H 3 人間関係の不安定性	C 3 主要精神病の活発な症状	R 3 個人的なサポートの欠如
H 4 就労問題	C 4 衝動性	R 4 治療の試みに対する協調性のなさ
H 5 物質乱用の問題	C 5 治療に対する未反応性	R 5 ストレス
H 6 主要精神病の診断		
H 7 精神病質 (PCL-Rの得点)		
H 8 早期の不応		
H 9 人格障害の診断		
H 10 保護観察の失敗		



介入で変化する因子 (動的変数)

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) 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²⁾²²⁾。

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的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-20³⁸⁾ と呼ばれるリスク・アセスメント・ツール (表1) では、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、若干の動的変数も含まれているが、治療や援助の方法論を考えるうえ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きわめて低いベース・レートの事象を予測するには決して十分な期間とはいえない⁴²⁾。

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がある。

英国のCohenとEastman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¹¹⁾。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 は、Tansella と Thornicroft³³⁾ 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などを指している。これは、わ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ものである。

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、精神保健サービスを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、患者との治療関係など、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、とくに、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待機リストとベッド・ブッキング

⑥治療に至る経路

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が望ましい³⁾。

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2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ン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が、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がなされている。

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ごと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のが難しく、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が多い

が、精神障害の多くが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 つの原則をすべて満たすことは難しいが、どこまで可能かの限界を知り、なん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が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、そのことがなぜ正当化されるのかも意識しておく必要がある。たとえば、仮に、結果としてリスクを測定することが症状の改善や 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することが可能であるが、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および欠点については以下に記すとおりである。

[利点]

- ・時間の流れを確実に設定することができる（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ができる。
- ・あらゆる順列の条件が、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）との関係のなかで調査することができる。
- ・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が遅れる。
- ・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。
- ・コホートの影響が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）は比較的ベース・レートが低い可能性があり、統計的強度や標本数が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（たと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。たとえば、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、なん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がどういう集団なのかを見出すのが目的である。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、なん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」を設定することが示されている。

「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)³⁹⁾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、犯罪歴等のプライバ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が主体であるため、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なんらかの変化が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が、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で詳細に検討するが、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に行わ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。このような情報をど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が最大の課題となる。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が示されている。また、指定入院医療機関の管理者は、とくに対象者等からの処遇終了の申立てがない場合には、地方裁判所に対して6カ月以内に入院継続の確認の申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ごと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カ月、退院時に分けて考えられる。モニタリング研究でこのすべての時期に情報を収集する必要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があるかどうかは検討を要するが、少なくとも定期的な情報収集の時期が設定される必要がある。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、ケア会議の直後が、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カ月ごと、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、ケア会議開催後および処遇終了時に、必要な評価情報

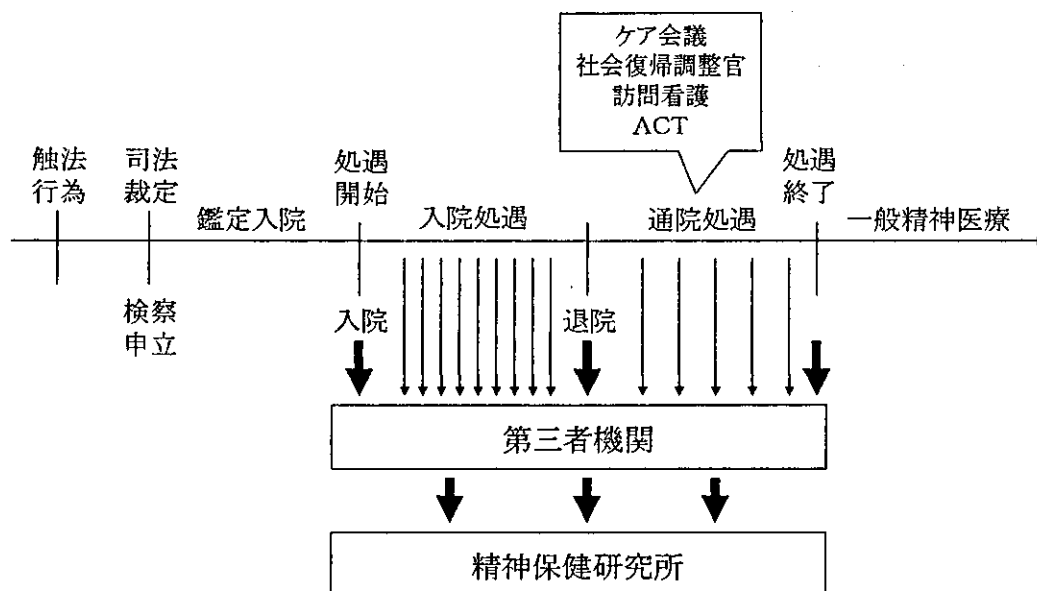


図1 処遇経過における評価時期と情報の流れ

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、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。このような点を踏まえ、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、研究者が、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・ベース化されるのが理想である。この場合、情報は一定の期日以内に、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ができる。

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国際障害分類ICIDH: International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps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³⁷⁾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いた。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、とくに実生活のなか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ば二重のハンディキャップを持つわけであるが、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が可能となり、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、人道面の多次的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が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が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が必要となり、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WHA 54.21)により、その承認がなされ、研究、サーベイランス、報告における適切な方法での使用が勧告され、WHO加盟国へその活用のための援助を行うことへの要請がなされている。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が、一定の基準を与えるICFの利用により、一貫性、客観性を得ることができる。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があった場合、著しく対象者の人権を損なうといったおそれがある。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がなければならない。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、それぞれの特殊な事情が鑑みられる必要がある。その個別の特殊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がある。このことにより対象者間や施設間での処遇に格差が生じることを防ぐことができる。

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）が頻繁に開かれることが想定されており、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が求められる。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が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、見落としがないこ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、この点で有用である。

（5）社会復帰の視点

ICFでは実生活のなかでの機能を重視し、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が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行われるので、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、たとえば対人関係（d 710-799）には、対人関係における寛容さ（d 7201）、対人関係における行動の制御（d 7202）や社会的ルールに従った対人関係（d 7203）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を導入するうえで考慮すべき、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の改訂版であるが、まだ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が、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が、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訂を待つしかない。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。従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がかりとなる可能性

もある。

(5) 従来の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。従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、たとえば週1回の診察で1人の医師が診療録に「Appetit gut, Schlaf gut, GH(一)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、たとえICFが精神病理学的には“粗い”ものであるとしても、同じ週1回ながら多職種が総合的な視点から意見を出し合っただけでICFに基づいた検討によって記載される情報のほう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なかではあまり重要視されてこなかった領域、たとえば「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いえるであろう。

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えよう。

(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が、一方でこのことは評価項目が多いことを意味している。たとえばコードにして2桁までで362種、4桁までで1,424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化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があると考えられる。

(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捉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いえよう。

(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が推奨されている。前述の項目の多さとあいまって、このことが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がある。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が必要であろう。ただし、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が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」²⁴⁾を評価する尺度と定義される。指定入院および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が、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の開発が求められる。

とくに、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が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の開発が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

表2 医療観察制度における支援の構成要素

通院処遇ガイドラインによる支援の構成要素 (通院医療機関による)	地域社会における処遇のガイドラインによる支援の 構成要素 (保護観察所による)
<ul style="list-style-type: none"> ・多職種チームによる評価 ・地域処遇計画の策定への協力 ・通院治療計画の立案 ・定期および状態変化時における評価 ・リスクの評価と管理 ・包括的なサービス提供 ・身体合併症への対応 ・障害の程度に応じたサービス内容 ・ケア会議への参加 ・入院医療機関との連携 ・保護観察所との情報交換 ・社会資源との連携, 情報共有 ・危機介入の実施 ・個人情報取り扱い ・対象者とのインフォームドコンセント ・再入院にかかる評価, 申立て ・処遇の終了および延長の申立て ・精神保健福祉法による対応 	<ul style="list-style-type: none"> ・対象者とのコンタクト ・処遇実施計画の策定 ・処遇実施計画の見直し ・生活環境の調査 ・生活環境の調整 ・生活状況の見守り ・一般精神医療および精神保健活動への引継ぎ ・対象者の家族および被害者のケアに関する相談 ・定期的および臨時にケア会議の主催 ・入院医療機関との連携 ・関係機関との連携体制の構築 ・社会復帰調整官による面接 ・緊急時の対応 ・地域からの緊急連絡への対応 ・転居・旅行時の環境調整 ・再入院の申立て ・処遇の終了および延長の申立て

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¹⁷⁾、実際に、「サービス基準を伝達するのに有効である」¹⁸⁾、「プログラム費用を算定するのに有用である」¹⁹⁾、「人口や社会資源による格差を調整するのに有効である」¹⁶⁾等の報告がなされている。一方で、「単一モデルに偏重しがちである」¹⁴⁾、「経済的な要求に応じて開発が行われて

いる」⁴⁾、「現状を維持するために利用しているに過ぎない」⁵⁾等、標準的モデルを定義する際になん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2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、

表3 諸外国におけるプログラムに係わる fidelity index

Dartmouth assertive community treatment scale (Teague et al., 1998)	Integrated dual disorders treatment fidelity scale (Ohio SAMI CCOE, 2003)
Human resources <ul style="list-style-type: none"> ・対象者比率 ・チームアプローチ ・プログラムミーティング ・チームリーダーの業務 ・スタッフの継続 ・スタッフのキャパシティ ・精神科医の配置 ・看護師の配置 ・専門スタッフの配置 (物質乱用) ・専門スタッフの配置 (職業) ・プログラムサイズ 	Organization characteristics <ul style="list-style-type: none"> ・プログラムの理念 ・加入基準 ・加入者比率 ・アセスメント ・治療計画 ・治療 ・スタッフのトレーニング ・スタッフのスーパービジョン ・治療過程モニタリング ・治療結果のモニタリング ・組織の質的向上 ・対象者の選択
Organizational boundaries <ul style="list-style-type: none"> ・加入基準 ・加入者比率 ・治療サービスに関する責任 ・救急サービスに関する責任 ・入院治療に関する責任 ・退院計画に関する責任 ・無期限のサービス 	Treatment characteristics <ul style="list-style-type: none"> ・多職種によるチーム ・専門スタッフの配置 (物質乱用) ・治療段階に対する介入 ・包括的 DD サービスの利用 ・長期のサービス ・アウトリーチ ・対象者のニーズに対する介入 ・物質乱用に対するカウンセリング ・集団療法 ・家族療法 ・セルフヘルプとの連携 ・薬物療法 ・心理教育の提供 ・治療拒否に対する介入
Nature of services <ul style="list-style-type: none"> ・地域サービス ・契約の継続性 ・契約の積極性 ・サービスの提供時間 ・サービスの提供頻度 ・サポートネットワークの構築 ・物質乱用に対する治療 ・二重診断に対する集団療法 ・二重診断に対する専門治療 ・当事者スタッフの配置 	