

通院期間延長意見書

シート番号作成(作成日より)

患者番号(0) シート番号() 1/1 作成日 平成22年5月1日

フリガナ	カンジャ イチロウ	性別	男	生年月日	昭和49年9月14日	入院時年齢	満 35
本人	患者 一郎						
居住地	東京都 都・道 府・県 ○○区△△1-2-3	居住形態	同居	電話	03-XXXX-XXXX		
フリガナ	ホコ ジロウ	続柄	親	生年月日	昭和15年9月20日	選任状況	すでに選任済み
保護者	保護 二郎						
保護者住所	東京都 都・道 府・県 ○○区△△1-2-3	電話	03-XXXX-XXXX				
健康保険	種別 国民健康保険	保険者番号					
障害年金	種別 なし (円/月)	生活保護	無 担当 福祉 一郎				
各種手帳	なし						
保護観察所	東京保護観察所	社会復帰調整官	調整 一郎				
指定通院	通院開始年月日 平成19年5月22日	施設名	○病院	管理者	管理 一郎		
医療機関	担当医師 医師 一郎	担当精神保健福祉士	保健 一郎	担当看護師	看護 一郎		
	担当作業療法士 作業 一郎	担当臨床心理技術者	心理 一郎	担当その他			
主診断(ICD)	妄想型統合失調症 (F 200)						
副診断(ICD)	複数の場合は列挙 アルコールの有害使用 (F 10.1)						
身体疾患(ICD)	複数の場合は列挙 糖尿病 ()						
禁忌・アレルギー	なし						
医療観察法の通院処遇に至るまでの現病歴	<p>高校2年時より頭痛を頻繁に訴え、学校を欠席するようになり、学業成績が急激に低下した。さらに高校3年時は全く登校しなくなった。最終的に高校を中退し、以後、就労や友人との接触も一切ないまま、昼夜逆転の生活を送るが、社会的に引きこもった生活を続けた。20歳頃、頭痛を主訴として、内科、神経内科、脳神経外科などの医療機関を受診するも異常が認められなかった。24歳頃より不眠を訴えて、以後、夜間にアルコールを習慣的に摂取するようになった。25歳頃より、両親が就労を促す話をもちかけると大声で暴言を吐くようになり、特に飲酒絡みしている場合には、家具などを破壊するという暴力行為がくりかえした。同じ頃、深夜に自室で独語している姿も家族に気づかれるようになった。26歳時、両親は地域の保健所への相談を経て、本人を説得して○○メンタルクリニックに受診させた。このとき「統合失調症の疑い」と診断され、抗精神病薬が処方された。本人は、その薬を1回だけ服用したが、「身体が重く頭がおかしくなりそう」と訴え、以後一切服用しなくなった。クリニックの通院は初診の1回のみで通院は途切れた。しかしその後、母親は継続して同クリニックへの相談を継続し、ハロペリドールの水液を処方を受けて、本人に告げずに食事に混ぜて投与した。その結果、不眠、暴言、暴力のみはなくなり、28歳時にはコンビニエンスストアでアルバイトをするようになった。29歳時、バイト先で10歳以上の年長の中年女性と懇意になり、まもなく両親の反対を押し切ってその女性との同棲を開始したが、それに伴い、母親が隠れて行っていたハロペリドールの投与が中断された。しかし1年後、本人の奇異な言動を理由として、女性の方から一方的に同棲関係は解消され、本人はアパートに1人残された。両親がそのアパートで本人と再会したときには、すでに相手の女性は転居しており、荒廃した部屋のなかに本人のみが茫乎として座り込み、独語をしている状態であったという。</p> <p>平成17年8月12日、両親は、渋る本人を強引に自宅に連れ戻し、再び以前クリニックから処方された水薬を食事に混ぜて投与を試みたが、本人は食事にほとんど手をつけなかった。事態を深刻視した両親は、クリニック、保健所などに相談し、当院への入院を検討したりした。平成17年8月15日朝、自室で布団にくるまっている本人のもとに食事を届けに行った母親を、本人は隠し持っていた包丁で10数回刺し、死に至らしめた。母親の悲鳴を聞きつけた父親が、現場の本人を取り押さえるとともに、警察に通報した。同日、当院に措置入院となり、同時に書類送検となり、起訴前囑託鑑定が実施された。平成17年12月1日、不起訴処分とともに審判申し立て、鑑定入院命令がなされ、鑑定入院先である国立精神・神経センター武蔵病院4-2病棟に転院した。平成18年2月1日審判により、医療観察法の入院による医療という決定により、平成18年2月1日～平成19年5月20日、医療観察法指定入院医療機関である国立精神・神経センター武蔵病院にて入院治療を行い、平成19年5月22日医療観察法指定通院医療機関である当院受診となった。</p>						
医療観察法の通院処遇における治療経過	<p>通院処遇は、週1回当院受診、週1回当院デイケア参加、週1回訪問看護、週3回作業所通所という枠組みで開始された。当初のうちは予定通りにこのプログラムをこなせていたが、通院開始半年を経過した頃より、デイケア、作業所への遅刻・欠席が目立つようになり、また訪問時には自宅に本人が飲酒していることをうかがわせる痕跡が再三にわたって見られるようになった。さらに通院開始8ヶ月目より、各種援助機関で本人が極端に寡言となり、訪問を嫌がる態度が観察されるようになった。さらに自宅に未服用の薬剤が多量たまっていくことも発覚した。再三にわたって本人に服用を促すも、拒絶的であり、かかわる援助者に対して、「偽医者、偽看護婦」などと、「替え玉」妄想をうかがわせる発言が多くなり、受診しないことも増えた。本人にデボ剤を投与する必要性を説得するも、「そんな子でしたら、もう二度と通院しない」と抵抗した。最近になって、作業所にて他のメンバーに対する脅迫的な暴言がいちじるしくなった。平成20年2月1日に当院に、精神保健福祉法による医療保護入院となった。このとき再入院の申し立てを行ったが、審判時にはすでに病状は改善したために、再入院とはならず、再び通院処遇継続となった。平成20年6月20日に当院退院し、以後、週1回の当院デイケア参加、週1回の訪問看護、週3回の作業所通所を継続となった。次第に作業所でのメンバーとの交流が活発になり、家事なども自立してできるようになったことから、平成21年7月より通院を隔週1回とした。平成22年1月より、作業所通所を止めて、週3回近くのスーパーでアルバイトを開始した。この就労は順調にいったが、平成22年3月より、飲酒行動が見られるとともに、再び服薬が不規則となり、同年4月上旬より頭痛を訴えるとともに、援助者に対して、「本物と入れ替わった。みんな偽物で悪魔が化けている感じがする」と訴え、「薬は飲まない。薬も偽物で、本当は自分を殺すための毒だ」という発言も見られたことから、同年4月15日に当院に医療保護入院となり、現在も入院治療中である。</p>						
直近の現症	<p>援助者に対して、「いつの間にか本物を入れ替わった。みんな偽物だ」という替え玉妄想が見られ、「薬は偽物だ、本当は自分を殺すための毒が入っている」という被害妄想も見られる。こうした妄想に支配されて、通院および服薬が困難な状態である。また父親からの情報によれば、1人でいるときに、独語をしていることがあるということであり、幻聴も存在する可能性が高い。</p>						
身体的検査所見	<p>現在、食事療法・運動療法のみにて空腹時血糖114、随時血糖160程度にコントロールされている。その他の内科的異常は認められない。</p>						
現在の薬物療法	<p>オランザピン 20mg/日、ハロペリドール 6mg/日</p>						
通院期間を延長する必要がある理由	<p>現在、病状悪化により病識を欠き、拒薬を呈していることから、医療保護入院となっている。通院処遇中に、すでに同様の病状再燃を2回くりかえしており、今回退院した後も、同様の再燃から、再び同様の行為を行うおそれがあると予測されるため。</p>						
今後も継続する通院処遇における治療の課題と方針	<p>これまで非定型抗精神病薬による治療をしてきたが、妄想に対する効果が不十分と判断し、現在、定型抗精神病薬を追加投与している。今後、ハロペリドールのデボ剤を導入し、再燃時の病状悪化の程度を最小限に抑えていく。また今回の病状悪化には、就労ならびに飲酒行動の再発が引き金となっている。したがって、就労のペースを見直し、さらに飲酒問題に対する治療(専門病院での治療プログラム参加、および、A.A.などの自助グループへの参加)を検討していく必要がある。</p>						
シート作成責任者	精神保健指定医 医師 一郎	作成年月日	平成22年5月1日				

通院処遇終了 意見書

シート番号作成(作成日より)

患者番号(0) シート番号() / 1 作成日 平成23年5月20日

Form containing personal information (Name: Kanjia Ichirou, Gender: Male, Birth: 1949-09-14), insurance details, medical history, and treatment plan. The medical history section describes a long-term struggle with mental health, including hospitalizations and medication management.

施設情報

施設番号 (0)

年 月現在

作成日

施設	施設名	医療法人××会〇〇病院						
	所轄保護観察所名	東京保護観察所						
	所在地	東京都 都・道 △△区〇〇××-×××						
	開設者							
許可病床数	一般許可病床数	40	療養許可病床数	40	精神許可病床数	180	結核許可病床数	0
	感染症許可病床数	0	許可病床数合計	260				
患者数	精神科平均入院患者数	精神科1日平均外来患者数						
	平均入院患者数	1日平均外来患者数						
従業者数	職種	常勤人数	非常勤人数	非常勤常勤換算後人数	常勤換算合計			
	医師	7	5	2	9			
	医師(精神科)	6	4	2	8			
	薬剤師	3	3	1	4			
	看護師	40	8	5	45			
	看護師(精神科)	40	8	5	45			
	準看護師	20	4	2	22			
	準看護師(精神科)	20	4	2	22			
	作業療法士	2	0	0	2			
精神保健福祉士	2	0	0	2				
臨床心理士	2	0	0	2				
精神科サービス	司法精神療法	無	集団精神療法	有	訪問看護	有	認知行動療法	無
	デイケア	有	ナイトケア	無	家族教育	有	セルフヘルプグループとの連携	無
	ボランティア育成	無	就労支援	有	他科とのリエゾン	無	救急医療	有
	電話相談	無	社会復帰施設	無				
	その他							

4. 医療観察法制度モニタリングの制度運用状況の分析に関する研究

分担研究者 菊池安希子

医療観察法制度モニタリングの制度運用状況の分析に関する研究

分担研究者 菊池安希子¹⁾（報告書執筆者 吉川和男¹⁾）

研究協力者 岡田幸之¹⁾ 野口博文¹⁾ 松本俊彦¹⁾

下津咲絵¹⁾ 井筒節¹⁾ 柑本美和¹⁾ 佐野雅隆²⁾

1) 国立性精神・神経センター 精神保健研究所 司法精神医学研究部

2) 早稲田大学大学院理工学研究科

研究要旨

モニタリング研究に関係する機関は国立、独立行政法人、自治体、民間の医療機関が関与するため、それぞれの機関に合わせた個人情報保護法を遵守する必要がある。しかし、モニタリング研究においてはそれぞれの法律で遵守すべき事項に差異はないと思われた。また、個人情報保護法では学問の自由の観点から学術研究に対しては除外規定が存在し、これによって、各医療機関から研究所への情報の提供が可能となっている。また、疫学研究の倫理指針が示すように、既存資料のみを用いる観察研究では対象者からのインフォームド・コンセントを得る必要はないことが示唆された。ただし、研究機関も個人情報保護法を遵守する必要がある、そのために、適切な安全管理措置をこころなければならぬ。一方で、個人情報保護法に対する過剰反応や誤解が本研究を始め様々な権利を脅かす可能性も示唆された。

A. 研究目的

医療観察法制度は、対象者の審判から処遇終了に至るまで、裁判所、指定入院医療機関、指定通院医療機関、保護観察所、都道府県・市町村、精神障害者社会復帰施設等の機関が重層的な関わりを持つことから、これらの課題を達成していくためには、多岐にわたる膨大な情報を、一元的かつ効率的に管理しつつ、客観的、統合的に評価・分析していくことが求められるが、対象者は、精神障害と重大な他害行為という2重のハンディキャップを併せ持っていることから、その個人情報の取り扱いには倫理・人権の両面から格段の配慮が求められる。

一方、昨今、個人情報保護法を過大に解釈して情報の開示や共有の妨げとなっている例も報道されているが、本研究の施行においても同様の誤解によって研究に支障が生じる可能性も否定できない。このため、本分担研究においては、モニタリング研究における特に個人情報保護の問題につき問題点を整理し、検討することとした。

B. 研究方法

本モニタリング研究に係る個人情報保護の問題点を、個人情報保護法、医学研究に係る指針として、疫学研究に関する倫理指針、臨床研究に関する倫理指針に基づいて

整理した。

C. 研究結果

1. 個人情報保護法

モニタリング研究に関与する機関は、国立精神・神経センター（精神保健研究所及び武蔵病院）、独立行政法人の国立病院機構の各指定入院医療機関、都道府県の自治体立及び民間の指定通院医療機関（一部指定入院医療機関）である。個人情報保護法は事業主体によって適用される法律が異なり、国立精神・神経センターは「行政機関の保有する個人情報の保護に関する法律」、独立行政法人の国立病院機構の病院は「独立行政法人等の保有する個人情報の保護に関する法律」、自治体立病院には各地方自治体が定める「個人情報保護条例」が、民間病院には「個人情報保護法」が適用される。しかし、殊、モニタリング研究に関して言えば、各法律の共通部分しか用いられることがないため、これら法律の違いに神経質になる必要はないであろう。

2. 利用目的の特定と適用除外

いずれの個人情報保護法においても、利用目的を特定することが求められており（個人情報保護法第15条、行政機関個人情報保護法第3条等）、おそらく全ての医療機関においては、患者の個人情報は、治療目的以外の利用と提供が禁止されることになる。しかし、本研究のように学術研究の目的のために個人情報を提供するときは、憲法の「学問の自由」を保障する観点から適用除外とされることになっており（個人情報保護法第50条、行政機関個人情報保護法第8条等）、各医療機関が精神保健研究所に保有する個人情報を提供することに法律上の問題は生じない。もちろん、学術研究機

関であっても各医療機関から提供された個人情報を守る義務が免れるわけではない。

3. 疫学研究の倫理指針

学術研究を実施する際に、遵守しなければならないことは個人情報保護法に加え、各種倫理指針の規定である。モニタリング研究は、基本的に疫学研究であるため、疫学研究に関する倫理指針（付録CD-ROMに添付）のみで十分対応可能であるが、臨床研究に関する倫理指針（付録CD-ROMに添付）が必要となる場合もあろう。

疫学研究の倫理指針の第1に研究者等が遵守すべき基本原則が記載されているが、その中に、個人情報の保護に加え、研究対象者からインフォームド・コンセントを受けることが原則であると記載されている。しかし、このインフォームド・コンセントにも除外規定がある。

モニタリング研究は血液等人体から摂取された試料を用いず、しかも、既存資料のみを用いる観察研究であることから、疫学研究の倫理指針第3に従えば、研究対象者からインフォームド・コンセントを受けることを必ずしも要しないことになっている。ただし、この場合、研究者等は、当該研究の目的を含む研究の実施についての情報を公開しなければならないと規定されていることから、医療観察法対象者にはこのような研究が実施されている旨を説明しておく必要がある（その際の説明資料として付録CD-ROMを参照のこと）。

おそらくモニタリング研究では、関係機関も共同で研究を実施するという扱いになることが予想されることから、対象者のデータを提供する医療機関も倫理審査委員会の承認を得ておくことが望ましい（倫理審

査委員会に提出するための見本文書を付録 CD-ROM に添付した)。

4. 安全管理措置

個人情報保護法第 20 条あるいは疫学研究の倫理指針第 4 に規定されているように、個人情報の取り扱いには、個人データの漏えい、滅失又は毀損の防止、その他の安全管理措置を講じなければならないと規定されている。安全管理措置には、組織的安全管理措置、人的安全管理措置、物理的安全管理措置、技術的安全管理措置の 4 つがある。

組織的管理措置はデータを管理する精神保健研究所が所属する国立精神・神経センターが安全管理について研究者等の責任と権限を明確に定め、安全管理に対する規定や手順書を整備運用し、その実施状況を確認することである。具体的には、組織体制の整備、規定等の整備と規定等に従った運用、個人情報の取り扱い状況を一覧できる手段の整備、安全管理措置の評価・見直し及び改善、事故又は違反への対処が挙げられる。国立精神・神経センターも、このような組織的管理体制に従って運営がなされている。

人的安全管理措置とは、研究者等に対する、業務上秘密と指定された個人情報の非開示契約の締結や教育・訓練を行うことを指し、具体的には、雇用契約時及び委託契約時における非開示契約の締結などである。モニタリング研究に携わる、非常勤の研究者に対しては個人情報保護に関する教育・訓練を行ってこれに対処している。

物理的安全管理措置は、入退室の管理、個人情報の盗難の防止等の措置、入退室管理の実施、盗難等の防止、機器・装置等の物理的保護、研究者等に対する教育・訓練

の実施することによって、得られた個人情報を物理的に管理するための措置である。精神保健研究所の司法精神医学研究部には、この物理的安全管理措置を万全にするために、モニタリング研究のための専用の部屋を設計し、入退室はカードキーと暗証番号によって管理され、全ての入退室の記録が一定期間保持されるようになっている。

技術的安全管理措置は、個人情報及びそれを取り扱う情報システムのアクセス制御、不正ソフトウェア対策、情報システムの監視等、個人情報に関する技術的な安全管理措置を指し、具体的には、アクセスにおける識別と認証、アクセス制御、アクセス権限の管理、アクセス記録、移送・通信時の対策等が含まれる。

これについても、専用室で稼働するコンピューターは全て外部のネットワークとの接続がなく、かつ、コンピューター全て指紋認証によってアクセス制御されている。もちろん、アクセス記録は一定期間保持されている。また、医療機関からの情報の授受に際しては、プロテクトキーのある USB メモリを介して行われ、さらに、データは暗号化され、例え、USB のプロテクトを解除できたとしても、さらにその暗号を解除しない限り全て文字化けのデータしか見えない。USB メモリの授受は直接手渡しで行うこともあるが、手渡しでもその後の移動中に紛失する可能性は残されているため、上記の技術的な保護を加えることでデータの漏えいに対処している。このため、遠距離の医療機関には郵便書留で郵送してもらうことも検討している（詳細は巻末の資料「医療観察法制度モニタリング調査における安全保護対策 Ver. 1.0」参照）。

D. 考察

個人情報保護法の施行により、情報の非開示などの過剰な反応が出ていることをしばしば耳にするが、モニタリング研究においても同様の反応がみられる。最も初歩的な誤りは、個人情報保護を守るためには、対象者全員からインフォームド・コンセントを得なければならないというもので、対象者は精神障害者であるため同意能力に欠け、結果的に大規模な調査が不可能ではないかというものである。これは、観察研究の場合は条件によってインフォームド・コンセントを得る必要がないという疫学研究的指針を理解していないことから生じる。このような個人情報保護に対する過剰反応や誤解は、憲法で保障された学問の自由を初めとする様々な基本的な権利を脅かすことになりかねない点が既に多方面から指摘されている。しかし、このような過剰反応や誤解がしばしば適切な指導をしなければならぬ行政側から出ているという事実も誠に嘆かわしいことである。

E. 結論

モニタリング研究に関係する機関は国立、独立行政法人、自治体、民間の医療機関が関与するため、それぞれの機関に合わせた個人情報保護法を遵守する必要がある。しかし、モニタリング研究においてはそれぞれの法律で遵守すべき事項に差異はないと思われた。また、個人情報保護法では学問

の自由の観点から学術研究に対しては除外規定が存在し、これによって、各医療機関から研究所への情報の提供が可能となっている。また、疫学研究的倫理指針が示すように、既存資料のみを用いる観察研究では対象者からのインフォームド・コンセントを得る必要はないことが示唆された。ただし、研究機関も個人情報保護法を遵守する必要がある、そのために、適切な安全管理措置をこうじなければならない。一方で、個人情報保護法に対する過剰反応や誤解が本研究を始め様々な権利を脅かす可能性も示唆された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

医療観察法制度モニタリング調査における安全保護対策 Ver.1.0

医療観察法制度モニタリング調査における安全保護措置の具体的事項について、従事者を対象とした対策を示す。

なお、本稿の作成にあたり、「国際がん研究所－International Agency of Research on Cancer－(1992)」および「地域がん登録研究班－わが国における地域がん登録の情報保護ガイドライン－(1996)」を一部引用した。

-
1. 責務
 2. 安全保護対策への誓約
 3. 医療観察法制度モニタリング調査従事者リストの作成
 4. 登録室の整備・管理
 5. コンピュータの利用
 6. 紙媒体の管理
 7. 廃棄
 8. 作業の外注
 9. 郵便・宅配便の利用
 10. 電話、ファクシミリの利用
 11. 安全保護対策の見直し
 12. 事故への対処
 13. 参照
-

1. 責務

1)医療観察法制度モニタリング調査管理者の任命と責務

国立精神・神経センター精神保健研究所長は、医療観察法制度モニタリング調査管理者を任命し、業務の管理にあたらせる。管理者は、情報の安全保護対策を整備、維持することを責務とする。本調査の安全保護対策マニュアルを作成し、それを従事者全員に周知するとともに、その内容が遵守されるように指揮監督する。また、機密保持が確実なものとなるよう、登録室の物理的環境を整備する。

2)医療観察法制度モニタリング調査従事者の責務

従事者は、医療観察法制度モニタリング調査における安全保護対策マニュアルに従って職務を遂行しなければならない。離職した後も、職務中と同様に業務上知り得たことについて守秘義務がある。

2. 安全保護対策への誓約

従事者は、下記の事項を誓約しなければならない。非常勤職員の場合は、雇用契約書に下記の事項を含み、これにサインすることとする。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">① 許可を得ている者以外に機密情報を漏洩しないこと。② 安全保護対策マニュアルを遵守すること。③ 離職した後も、職務中と同様に業務上知り得たことについて守秘義務をもつこと。④ 作業中に、故意または過失により、機密情報を紛失、破壊、改ざん、漏洩したときは、その行為によって重大な処分を受けること。 |
|--|

3. 医療観察法制度モニタリング調査従事者リストの作成

管理者は、従事者リストを作成し、それぞれの作業分担とアクセスしてよい情報の範囲とを明記する。このリストは、常に最新のものに保たなければならない。特に、登録情報が電算化されている場合が多く、そのユーザー管理を徹底し、登録資料にアクセスできる職員を限定しておく必要がある。

4. 登録室の整備・管理

1) 独立した登録室の確保

作業のために、独立した登録室を確保する。業務の目的で情報を処理する作業は、全て登録室内で行い、作成された情報は全て登録室内に保管する。

登録室は、許可を得ていない者が不用意に立ち入ることのない空間に設置しなければならない。施設に出入りする各種業者であっても、管理者の許可がなければ立ち入ることのできない空間に登録室をおく。部屋の扉は常に閉めておき、作業内容が通路を通りかかる者の目に入らないようにする。必要に応じて、部屋の扉には「関係者以外入室を禁止する」と書いた札を吊り、許可を得ていない者が誤って入室することを予防する。

作業上必要な機器類は、全て登録室内に設置する。機器類を貸借するために、従事者が登録資料を登録室外に持ち出したり、あるいは従事者以外が入室することがあってはならない。

2) 入室者の制限

従事者以外が、管理者の許可を得ずに登録室に入室することを禁ずる。国立精神・神経センター精神保健研究所の職員が、業務あるいは資料の研究的利用に関連して、登録室への入室を必要とする場合は、管理者あるいは管理者から指名を受けた従事者が在席している時のみ入室が許可される。

設備・機器類のメンテナンス作業者が、設備・機器類のメンテナンスの目的で入室する場合は、従事者は作業を中断し、情報をキャビネットなどに収納して、情報が作業者の目に触れないことを確認し、管理者あるいは管理者から指名を受けた従事者が在席した上で、入室を許可する。

上記以外の者が登録室に入室する場合は、予め管理者の許可を得て、入室している時間中は管理者あるいは管理者から指名を受けた従事者が同席していることを条件として、入室が許可される。国立精神・神経センター精神保健研究所の職員およびメンテナンス作業員以外の入室に関して、管理者は、入室記録簿に入室者の氏名、所属、入室の目的、日時を記録し、定期的に医療観察法制度モニタリング調査委員会に報告しなければならない。

3) 登録室の鍵の管理

ID 情報が登録・認識される鍵を適正に運用し、許可を得ていない者が登録室に入室することを防止しなければならない。就業時間以外は、必ず施錠し、許可を得ていない者が鍵を利用することがないように鍵を管理する。なお、従事者が保持する目的で登録室の合鍵を作製してはならない。登録室の鍵の保管場所および持ち出し・返却の手続を決め、予め登録された職員以外が鍵を利用することがないように管理されなければならない。就業時間中にやむを得ず、従事者が席を外し登録室が無人になる場合は、必ず登録室の扉を施錠し、関係者以外の入室がないようにする。

5. コンピュータの利用

許可を得ていない者がコンピュータを利用して、登録資料にアクセスすることがないように、複数の物理的あるいは電子的対策を整備しなければならない。

1) コンピュータへのアクセスの管理

情報が保管されたコンピュータは、予め登録された利用者のみが利用可能となるように、ユーザーIDとパスワードで管理されなければならない。利用者は、パスワードを定期的に変更する。

許可を得ていない者がコンピュータにアクセスすることを予防するために、他のコンピュータとネットワークで繋がっていないスタンドアロンのコンピュータを確保する。登録室内のみで医療観察法制度モニタリング調査用のコンピュータのみで構成される LAN は、スタンドアロンと同等とみなす。

従事者は、コンピュータにログインした状態で席を離れてはならない。例え短時間であっても、ログオフして席を離れることを徹底する。

管理者は、コンピュータのログ情報を定期的に監視し、許可を得ていない者がコンピュータへのアクセスを試みていないことを確認するとともに、登録された利用者であっても、その利用が適正な範囲であることを確認しなければならない。

2)登録資料の管理

許可を得ていない者が登録情報へアクセスすることを防止する方法を取り入れ、それを遵守する。

- ① 登録資料全体をリムーバブルメディア(MD など)に保存し、作業に用いない時には施錠したキャビネットに保管する。
- ② ソフトのセキュリティ機能を活用して、登録資料へのアクセスを制限する。すなわち、予め登録したユーザー以外は、登録資料を開けることができないように管理する。可能であれば、ユーザーID によって、そのユーザーがアクセス可能な範囲(閲覧のみ、データの入力・訂正のみ可、プログラムへのアクセス可など)を制御する仕組みを取り入れる。

なお、コンピュータ・リムーバブルメディアの予期せぬ故障に備えて、登録資料のバックアップを定期的に作成し、登録資料と同等の水準で安全に保管する。

3)リムーバブルメディアの管理

登録資料、そのバックアップデータ、あるいは登録資料作成のために施設内から入手した情報など、作業上で作成されたリムーバブルメディア(FD、MD、CD、磁気テープなど)の保管には、十分な安全保護措置をはかる必要がある。

ラベルには、従事者のみがわかる符合を付し、第三者がラベルを見ただけでは内容がわからないように配慮する。

保管の必要なデータは、登録室内の鍵のかかるキャビネットに収納し、作業上必要な場合以外は施錠しておく。作業上必要であることを管理者が認めた場合を除き、このようなリムーバブルメディアを登録室外に持ち出してはならない。

不要となったデータは、速やかに消去する。なお、パーソナルコンピュータのファイル消去では、ファイルを認識する情報のみが消去され、データそのものはメディアに残っており、データを復活させることが可能な場合もある。単なる消去のみでなく、メディアを初期化して、メディアからデータが完全に消去されたことを確認する必要がある。

医療観察法制度モニタリング調査のために必要なメディアを用意し、他の目的と共用してはならない。また、メディアは消耗品であることを認識し、それぞれの耐用年数に応じて定期的に新しいメディアに置換していく。不要となったメディアは、データが完全に消去されていることを確認し、可能であれば物理的に使用できない手段(テープの切断など)を講じて廃棄する。

4)デモンストレーション

医療観察法制度モニタリング調査システムのデモンストレーションをする場合には、業務で用いているシステムをそのまま用いてはならない。デモンストレーション版を別に用いなければならない。

5)他の部門で作成された情報の利用

各医療機関が独自に作成した診療支援システムなど、他の部門で作成された情報を有効に活用することにより、医療観察法制度モニタリング調査の作業を軽減し、登録資料の精度を向上させることが可能となる。医療観察法制度モニタリング調査は、当該機関におけるコンピュータの利用状況に応じて、その活用方法を検討し、有効なものについては取り入れていくことが重要である。

他部門で作成された情報の利用にあたっては、その情報を管轄する部門と医療観察法制度モニタリング調査との間で、下記の事項を文書で申し合わせ、委員会の許可を得る必要がある。

- ① データを利用する目的
- ② 利用するデータの範囲
- ③ データを入手する方法、時期
- ④ 医療観察法制度モニタリング調査におけるデータの保管場所、保管期間
- ⑤ 廃棄の方法、廃棄報告の有無

6. 紙媒体の管理

医療観察法制度モニタリング調査では、紙媒体を取り扱う作業は少ないが、このような紙媒体には、登録資料を転記・印刷した各種シート、あるいは作業上作成した対象者リストなどが含まれる。また、アクセ

スするために知識・技術を伴うコンピュータと異なり、紙媒体は手に取ることができれば、誰でもその内容を読むことが可能となる。したがって、これらの紙媒体が許可を得ていない者の目に触れないように、できる限りの安全保護対策を講じる必要がある。

医療観察法制度モニタリング調査で用いる紙媒体の種類に応じて、必要な安全保護対策を定める。

1)紙媒体の管理に関する基本原則

- ① 媒体の利用・作成は、業務上必要な範囲にとどめる。
- ② 医療観察法制度モニタリング調査で保管する紙媒体については、保管場所、保管期間を定め、保管期間を超えるか、あるいは保管期間内であっても不要となれば速やかに、紙媒体を廃棄する。作業上必要であることが、医療観察法制度モニタリング調査管理者によって認められた場合を除き、登録室の外に紙媒体を持ち出してはならない。
- ③ 他の部門から紙媒体を借り受ける場合は、その手続について、既存の規定があればそれを遵守し、なければその紙媒体を管理する部門と医療観察法制度モニタリング調査で規定を取り決めるなどして、適正な手続を踏んで紙媒体を入手するようにする。特に、医療観察法制度モニタリング調査で借り受けた紙媒体のアライバイ管理を厳密に実施し、業務に伴って紙媒体が紛失、破損することのないように徹底する。また、作業のために必要な時間を考慮し、一定期間で処理が必要な量のみを借り受け、作業に用いていない紙媒体が登録室にある状態をできるだけ少なくするように配慮する。
- ④ 作業場所には作業中の紙媒体のみを置き、それ以外は適切な保管場所に保管して、作業場所を確保する。これは、許可を得ていない者に情報が目に触れることを防止するためにも、また、作業に伴って紙媒体が紛失、破損することを防止するためにも重要である。

2)各種シートの保管

資料の内容を記入あるいは印刷した各種シートは、本法制度対象者の集約された情報であり、その保護について最大の注意が払われなければならない。登録室内にあるキャビネットに収納し、作業時以外は施錠する。

作業上必要であることを管理者が認めた場合を除き、登録室の外に各種シートを持ち出す事を禁ずる。やむを得ず登録室外に持ち出す場合は、移動の途中にその内容が第三者の目に触れないように注意する(封筒に入れる。不透明なフォルダーに挟み、落ちないようにしっかり固定するなど)。

各種シートの閲覧は、医療観察法制度モニタリング調査の目的に定められた範囲内で、管理者の許可を得た場合のみ認められる。この場合、キャビネットから各種シートを出し入れする作業は、従事者が行わなければならない。これは、閲覧許可の範囲外である対象者の情報が目に触れることを防止すること、および、各種シートを誤った場所に返却することにより各種シートが紛失することを防止するために重要である。

3)各種シートの複写

対象者の診療に用いる場合、あるいはそれ以外の目的で委員会が必要と認めた場合を除き、各種シートの複写は認められない。許可を得て複写された各種シートは、原シートと同等の安全保護対策が講じられなければならない。

4)各種シート以外の紙媒体

登録作業の管理上作成したリスト類、他の部門より入手した紙媒体など、いずれも各種シートと同等の安全保護措置をはかる。

7. 廃棄

登録室で保管する情報のうち、予め定めた保管期間が過ぎた場合、あるいは保管期間内であっても不要となった場合には速やかに、その情報を廃棄する。電子媒体の廃棄については、コンピュータの項を参照のこと。

紙媒体の廃棄は、施設内において裁断または焼却するか、通常の廃棄物とは別に、専門の業者に廃棄を依頼する。登録室の中に専用の裁断機を設置し、少量の場合はそれを用いて処分する。大量の場合は、専門の処理業者に焼却処分を依頼する。その際は、中身の見えないダンボール箱に紙媒体を入れ、テープでふたをし、決して中身が見えないようにする。

転記中において作業過誤に気づいたときは、過誤用紙、各種シート等は、全て裁断するか焼却廃棄する。ふつうのゴミ箱に捨ててはならない。

8. 作業の外注

医療観察法制度モニタリング調査が機密性のあるデータを収集、整理、蓄積する過程において、その一部の作業を外注する場合がある。例えば、収集情報を電算化するためのコード化、磁気化などである。

作業を外注する場合、外注業者の選別から注意を払わなければならない。すなわち、従業員の数・規模を確認し、実際の作業を下請け業者に出すことがない点を確認する必要がある。また、作業を下請けに出さないこと、作業上知り得た内容について守秘義務を負うことなどを契約事項の中に含めるべきである。

実際の作業の外注にあたっては、具体的な作業指示書を準備し、返却後はデータの数量を速やかに確認する。

9. 郵便・宅配便の利用

情報を、電子媒体・紙媒体の形で、郵便・宅配便を利用して医療観察法制度モニタリング調査と外部とで送付・受領する場合には、安全保護対策の点から下記の事項に留意する。

- ① 差出人、宛先の住所、所属、氏名を正しく明記し、書留・配達記録など、受け取り人の手元に確実に届くことを保証する仕組みを用いる。
- ② 電子媒体では、暗号化・パスワード管理など、第三者がファイルを容易に閲覧できない仕組みを施す。
- ③ 用紙の場合には、二重封筒にし、中の封筒は親展扱いにする。
- ④ 受領書を同封し、受領後速やかに返送するよう依頼する。用紙の場合には、送付件数を明記し、受領者がこれを確認するようにする。
- ⑤ 医療観察法制度モニタリング調査で、これらの郵便物の発信、受信の記録を残す。

10. 電話、ファクシミリの利用

電話・ファクシミリの利用は簡便ではあるが、情報の安全保護に関しての事故を惹起する可能性があることを認識しておかなければならない。情報のやりとりをする担当者同士がお互いを確認し合い、その他の人物に情報が渡らないように注意する必要がある。また、そのやりとりは、双方が記録に残しておくべきである。

ファクシミリは、送信ミスの可能性のみでなく、ファクシミリの設置場所によって、送信内容が第三者の目に触れる危険性がある。そのような危険性が技術的に克服できなければ、情報の伝達にファクシミリを利用しないことが原則である。

11. 安全保護対策の見直し

管理者は、登録作業の手段、手順に変更が生じたとき、個人情報保護に関する法律などが改定された場合、あるいはコンピュータ技術の進歩などに応じて、医療観察法制度モニタリング調査における個人情報保護の在り方、安全保護対策の方法、実効性について見直しをする。その場合、専門家の意見を聞くことも重要である。

12. 事故への対処

不幸にして登録資料が破壊、改ざんされたり、漏洩したことを発見したときは、管理者は、速やかにその被害を最小限に止めるための対策を講じ、かつその原因を究明しなければならない。同じ原因による事故発生の可能性が排除されるまでは、責任者は登録業務の一部または全部を停止することをも考慮し、それを国立精神・神経センター精神保健研究所長に進言する必要がある。

13. 参照

- ・国際がん研究所「International Agency of Research on Cancer (IARC)」1992
 - ・地域がん登録研究班「わが国における地域がん登録の情報保護ガイドライン」1996
-

5. 指定入院医療機関におけるデータ収集とデータ項目の妥当性に関する研究

分担研究者 樋口輝彦

指定入院医療機関におけるデータ収集とデータ項目の妥当性に関する研究

分担研究者 樋口輝彦（国立精神・神経センター武蔵病院）

研究協力者 野口博文¹⁾ 岡田幸之¹⁾ 佐野雅隆²⁾ 松本俊彦¹⁾ 菊池安希子¹⁾
田中一宏³⁾ 平林直次⁴⁾ 津久江亮太郎⁵⁾ 三澤孝夫⁴⁾ 佐藤るみ子⁴⁾
大迫充江⁴⁾ 森下岳志⁴⁾ 吉川和男¹⁾

¹⁾ 国立精神・神経センター精神保健研究所 ²⁾ 早稲田大学

³⁾ 医療情報システム開発センター ⁴⁾ 国立精神・神経センター武蔵病院

⁵⁾ 国立病院機構賀茂精神医療センター

研究要旨：本研究は、医療観察法による指定入院医療機関での通常業務で作成される診療記録中の情報等（各種シート）を評価・分析することにより、同法制度の運用状況を明らかにするとともに、その結果にもとづき専門的医療の向上を図ろうとするものである。

平成 17 年度報告では、同法制度が施行されたばかりで、調査の対象事例は単施設における 28 例と少数であり、短期間でのモニタリングにとどまり、ここでの解析および考察を十分に一般化することができなかつた。しかしながら、データの収集範囲には、処遇決定に至る経過、医療機関での介入内容、被害者の状況等、医療観察法による入院処遇の概況を知る重要な項目が含まれ、これらによって得られる結果の有用性が示された。

次年度以降において、対象施設を拡げ、また退院後に通院処遇に移行する事例を追跡し、病状の改善や他害行為の（不）再発の状況等を縦断的にモニタリングするために、本研究を継続し実施することが、今後の厚生労働行政にとって極めて有意義となるといえる。

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、医療観察法）」による医療の実態を明らかにすることは、本法制度における専門的医療の向上にとって極めて重要となる。

国立精神・神経センター武蔵病院では、指定入院医療機関として医療を実施しているところであるが、本研究において、

同病院での入院医療にかかる情報を収集することにより、評価・分析された結果にもとづいて司法精神医療の拡充を図ろうとするものである。

B. 研究方法

1. 対象

本研究の対象は、医療観察法による入院処遇の対象者として、国立精神・神経センター武蔵病院で、平成 17 年 7 月 15

日から平成 18 年 1 月 31 日までに登録された 28 事例とした。

今回、情報を収集した資料（各種シート）は、すべて同病院での通常業務で作成された診療記録等のなかにあり、評価・分析されたものは、次のとおりであった。なお、これらの様式は「入院処遇ガイドライン^{*1}」において提示されているものである。

表 1：情報を収集した資料（各種シート）

基本情報管理シート （対象者の入院時に整備すべき情報）	28 通
治療評価会議 ^{**} シート （新病棟治療評価会議において整理すべき情報）	257 通
病棟運営会議 ^{**} シート （新病棟運営会議において整理すべき情報）	76 通

※ 治療評価会議…治療効果を判定するため、定期的に入院対象者の評価を行うもの。原則として、週 1 回開催する。

※ ^{**}病棟運営会議…病棟の運営状況について報告聴取し、各入院対象者について状況報告と治療方針の確認を行うもの。指定入院医療機関の管理者の主催で、月 1 回開催する。

2. 方法

1) 情報の収集

同病院での通常業務において作成された各種シートの情報を、電子化された形式で収集した。具体的にシートの授受にかかる手続きは、以下のとおりであった。

- ① 同病院に設置されたコンピュータ・システム（診療支援システム）を使用し、各種シートを Excel 形式にてエクスポートする。
- ② 国立精神・神経センター精神保健研究所で開発された個人情報削除ツールを用い、上記シートより対象者および保護者の氏名、住所地の一部、電話番号等の情報を除く。
- ③ 当該シートを USB フラッシュメモリに保存する。

- ④ フラッシュメモリ中の所定のファイルを暗号化し、セキュリティロックを行ったうえで、同研究所の職員に直接受け渡す。

2) データベースの作成

国立精神・神経センター精神保健研究所で各種シートの情報を処理し、コード化と解析を行った。シートの記載内容にもとづいてデータベース化した項目は、資料 1 のとおりであった。

3) 倫理面への配慮

本研究では、個人名・住所地の一部等の個人を特定することができる部分について、情報の収集範囲から除いた。資料とした各種シートは、ID 番号によって処理するとともに、その対照表は同病院内から漏洩しないよう、施錠された書庫に管理した。

また、これらは通常業務で運用された既存の資料であり、研究対象者への侵襲は新たに発生しない。そのため、「疫学研究に関する倫理指針^{*2}」における観察研究にあたり、インフォームド・コンセントを執り行わないこととした。

なお、本研究に関する倫理審査を、国立精神・神経センター倫理委員会武蔵地区部会に申請し、審査の結果、研究の実施が承認されている。

C. 研究結果と考察

平成 17 年度調査では、医療観察法による入院処遇の制度が施行されたばかりで、対象とした事例は少数であり、短期間でのモニタリングにとどまっているため、十分に評価・分析することができなかった。

本報告では、収集した各種シートによって明らかとなった静態情報等の集計値を提示するとともに、次年度以降の調査で分析する予定の内容について言及した。

1. 対象者の全体像

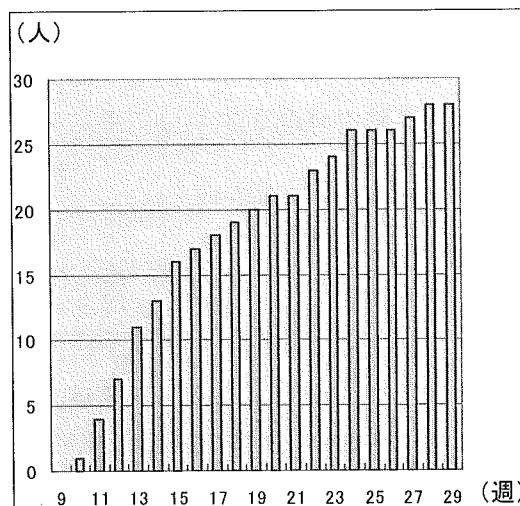
1) 入院処遇の開始と終了

入院処遇の対象者とした事例数の推移については、病棟が開設した平成 17 年 7 月 15 日以降、9 週までに事例はなく、以降 12 週までに 7 例、15 週までに 9 例、18 週までに 3 例、21 週までに 2 例、24 週までに 5 例、27 週までに 1 例、本調査での登録期限とした 29 週までに 1 例であった（図 1）。すなわち、調査時点における入院処遇の平均期間は 86 日（SD=36.7 中央値=97 最小値=5 最大値=132 最頻値=126）であった。

また、この間に入院処遇を終了した事例はみられなかった。なお、他指定入院医療機関に転院した事例は 1 例みられた。

本調査でフィールドとした国立精神・神経センター武蔵病院では、概ね病棟開設以降 30 週までに、入院処遇の定員（30 床）を満たすことが示された。今後、対象施設と調査期間を拡げ、事例数の推移を確認することで、入院医療機関の指定・運営の面で考察する事項となるであろう。

図 1：対象者数の推移



2) 性別と年齢

本調査で対象とした 28 事例の性別は、男性 23 例（82.1%）、女性 5 例（17.9%）であった（図 2）。同病院では、入院処遇にかかる病棟に配置した全 30 床のうち 5 床を共用とし、女性の使用に対応するものとして運用しており、現況では、相応した性別比の状況であるといえる。

また、平均年齢は 37.3 歳（SD=10.5 中央値=35 最小値=26 最大値=78 最頻値=37）であった（図 3）。このなかに、60 歳以上の対象者は 1 例みられ、今後の動向を観察し、高齢層への対応に留意する必要があるといえるであろう。

3) 対象者の住所地

対象者の住所地は、関東 11 例〔うち東京 4 例〕（39.3% [14.3%]）、中部 6 例（21.4%）、近畿 2 例（7.1%）、中国 1 例（3.6%）、九州・沖縄 4 例（14.3%）、不定 4 例（14.3%）であった（図 4）。

同病院は東京都に所在しているが、対象者の住所地は、全国広範に渡っていた。すなわち、対象者宅等への訪問による各種業務を、帰住先となる遠隔地で実施しなければならない事例があることが示さ

れた。また、次項に述べる保護者に対し、対象者への面会や職員との相談で来院する際に、移動の負担を生じることがあるであろう。

4) 保護者の状況

保護者の続柄は、父 12 例 (42.9%)、母 6 例 (21.4%)、同胞 2 例 (7.1%)、配偶者 3 例 (10.7%)、子 1 例 (3.6%)、その他 1 例 (3.6%)、不明 3 例 (10.8%) であった (図 5)。

精神保健福祉法による選任状況については、あり 4 例 (14.3%)、なし 24 例 (85.7%) であった (図 6)。

ここでは、保護者に対する支援について、具体的にモニタリングする必要があると考えられた。

5) 各種援護制度

障害年金の受給状況は、あり 3 例 (10.7%)、なし 25 例 (89.3%) であった (図 7)。

生活保護制度の利用については、あり 4 例 (14.3%)、なし 23 例 (82.1%)、停止中 1 例 (3.6%) であった (図 8)。

精神保健福祉手帳の所有については、あり 4 例 (14.3%)、なし 22 例 (78.6%)、不明 2 例 (7.1%) であった (図 9)。

上記 2) で示された対象者の帰住先を考え合わせると、各種制度の利用について、同病院の所在地と帰住地における担当部署間の折衝も課題となることが予想される。また、帰住先の保護観察所および社会復帰施設との連携の在り方について、モニタリングする事項と考えられた。

2. 精神科疾患および合併疾患

1) 診断名

28 事例の主診断については、統合失調症 [F20] 20 例 (71.4%)、アルコールによる精神病性障害 [F10] 2 例 (7.1%)、妄想性障害 [F22] 1 例 (3.6%)、分裂感情障害 [F25] 1 例 (3.6%)、うつ病エピソード 1 例 [F32] (3.6%)、解離性障害 [F44] 1 例 (3.6%)、混合性人格障害 [F61] 1 例 (3.6%)、精神作用物質による特定不能の精神および行動の障害 [F1x] 1 例 (3.6%) であった (図 10)。

副診断については、アルコール依存症 2 例、精神遅滞 2 例、情緒不安定性人格障害 1 例であった。物質依存や人格障害等の精神医学的診断を併せもつ対象者への対応も、課題となることが予想される。

また、入院処遇の開始時にみられた身体疾患は、右上肢感覚異常、両側肩関節周囲炎、2 型糖尿病、気管支喘息が各 1 例であった。身体合併症への対応についても、整備する必要があることが確認された。

2) 精神科受診歴

精神科の受診歴については、あり 21 例 (75.0%)、なし 7 例 (25.0%) であった (図 11)。

過去に受診した経緯は大半の事例にみられるが、現況では、指定入院医療機関で既往の情報を必ずしも容易に収集することができない。過去の診療情報をより円滑、正確に伝達するよう整備する必要があるといえるであろう。

3. 司法制度に関連する情報

1) 対象行為

医療観察法で対象となった行為については、傷害 8 例 (28.6%)、殺人 6 例 (21.4%)、殺人未遂 6 例 (21.4%)、放

火 2 例 (7.1%)、強盗 1 例 (3.6%)、強盗未遂 1 例 (3.6%)、強制猥褻 1 例 (3.6%)、不明 3 例 (10.7%) であった (図 12)。

なお、本法制度で対象となる他害行為を過去に行った経験は、あり 7 例 (25%)、なし 20 例 (71.4%)、不明 1 例 (3.6%) であった (図 13)。

2) 被害者

対象行為の被害を受けた者については、父・母 4 例 (15.4%)、きょうだい 2 例 (7.7%)、配偶者〔元配偶者を含む〕 2 例 (7.7%)、子 1 例 (3.8%)、近親者 2 例 (7.7%)、医療・司法関係者 2 例 (7.7%)、その他 10 例 (38.5%)、不明 3 例 (11.5%) であった〔n=26 放火等 2 例を除く〕(図 14)。

3) 刑事起訴

刑事起訴については、あり 2 例 (7.1%)、なし 22 例 (心神耗弱 2 例、心神喪失 14 例、不起訴理由記載なし 6 例) (78.6%)、不明 4 例 (14.3%) であった (図 15)。

こういった情報は、対象者がどのような刑事司法の処遇を経過してきたか、それにどのような認識をもっているかを検討するうえで重要となる。ここでは、不起訴事例 (すなわち裁判を経していない事例) が大半を占めていた。すなわち、対象行為の存否は処遇決定の過程で確認することになるが、対象者自身の認識は、裁判を経た場合と異なる可能性がある。

この事項は、他害行為への内省をすすめる治療過程との関連を含め、留意し観察するべきと思われた。さらに、対象行為とその前後の状況、刑事司法のシステムで受けた処遇経過の情報を、指定入院医療機関に十分に提供するよう配慮する

必要があるといえるであろう。

4) 鑑定入院の期間

鑑定入院の期間については、41-50 日間 4 例 (14.3%)、51-60 日間 10 例 (35.7%)、61-70 日間 5 例 (17.9%)、71-80 日間 2 例 (7.1%)、81-90 日間 4 例 (14.3%)、不明 3 例 (10.7%) であった (図 16)。平均期間は 62.6 日 (SD=12.4 中央値=58 最小値=43 最大値=89 最頻値=56) であった。

2 ヶ月以内に鑑定入院を終了した事例は約半数であり、医療観察法で示された最長期間 (3 ヶ月) を超えたものはみられなかった。

5) 処遇決定に至る期間

対象行為の発生から処遇決定に至る期間については、71-80 日間 6 例 (21.4%)、81-90 日間 2 例 (7.1%)、91-120 日間 4 例 (14.3%)、121-150 日間 1 例 (3.6%)、151-180 日間 3 例 (10.7%)、181-210 日間 5 例 (17.9%)、211 以上 4 例 (14.3%)、不明 3 例 (10.7%) であった (図 17)。平均期間は 199.4 日 (SD=295.3 中央値=130 最小値=77 最大値=1584 最頻値=78) であった。

対象行為から処遇決定までに 6 ヶ月を超過した事例は 3 割程度あり、必ずしも迅速な処遇開始に至っていない状況が確認された。こういった経過とその後の治療との関係について、確認する事項となるといえる。

4. 入院処遇開始時の評価

1) 共通評価

共通評価の具体的要素の平均値については、表 2 のとおりであった。