



医療観察法制度モニタリング調査にご理解をお願い致します

- ◇ この調査は、医療観察法制度がどのように行われているかを把握し、これからの制度の向上に役立てる取り組みです。
- ◇ 医療機関の協力のもとに、制度の利用の様子、医療の内容などを調べるものです。
- ◇ これは、患者さまの社会復帰をすすめるために、欠かすことのできない取り組みです。

調査のしくみ

医療機関で治療がはじめられると、きめられた情報（個人の氏名などをのぞく）が、国立精神・神経センターの専用部屋に集められ、確認されます。病気の診断や治療のおこなわれかた、入院や退院の時期などが、制度の利用がおわるまで確かめられます。

この調査はどうして必要？

この調査によって、全国での制度の利用の様子、医療機関での治療の様子などがわかります。適切に制度がおこなわれているか、よりよい制度にするためには何を改善すればよいかを知ることができます。このような調査は、世界の多くの国と地域で行われ、さまざまに役立てられています。

個人情報保護

この調査では「個人情報保護法」をまもります。個人の氏名などは集めません。情報をあつかう人を限定したり、カギがかけられている場所で情報を管理したりして、個人の情報がもれないようにします。

また、この調査の結果はよりよい専門医療をめざすために公表しますが、そのときに個人が特定されることはありません。

調査にかんするお問い合わせ

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

Tel:042-341-2711（代）

※この研究は、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業

「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究（主任研究者：吉川和男）」として実施するものです。



医療観察法制度モニタリング調査登録データの研究的利用について ver1.3

医療観察法制度モニタリング調査の目的は、登録データを専門的医療の向上、他害行為の再発予防の推進、対象者への治療計画・評価に有効に役立てることにある。また、登録データの利用は、本法システム上の不備、問題点を発見するためにも重要である。しかし、その利用にあたって対象者本人の同意を得ていないことに鑑み、個人情報保護のための具体的手順を定める必要がある。

1. 登録データの利用の範囲

登録データの利用の範囲は、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」の目的に則したものでなければならない。登録データを単独で用いる場合、あるいは指定医療機関等に蓄積された他のデータと組み合わせて用いる場合、いずれの場合も登録データの利用に関しては、予め定めた手続きを踏む。

2. 登録データの利用の形態

登録施設（国立精神・神経センター）外に提供・公開される時点におけるデータの形態に応じて、下記の3群に分類する。

1) 集計値

集計された結果(統計)が公開される場合は、通常、個人情報保護の観点から問題が生じることはない。ただし、その統計表中の一部の数が極めて少数である場合、その対象集団の特殊性から個人の識別が可能となる場合もある。対象者数が3名以下となる項目については、集計値を公表しない方針を推奨する。

2) 個人識別指標を伴わない個別データ

多施設間で、個人識別指標を伴わない個別のデータを集計する場合、例えば指定医療機関比較調査がこれに該当し、登録データ提供・公開の目的に応じて、必要な項目のみを利用する。

データの確認用に、個々のデータを区別する符号が必要な場合、医療観察法制度モニタリング調査で用いられている対象者登録番号、あるいはカルテ番号などをそのまま用いてはならない。提供用データには、適当な連番を付し、その連番と対象者登録番号との対応表をデータ利用検討会で承認された利用期間中保管することとする。

3) 個人識別指標を伴う個別データ

同じ対象者を参加施設間で重複して診療している可能性があり、重複登録を除外するために個人識別指標を必要とする多施設間調査、例えば退院および転院時登録がこれに該当する。

利用に際しては、個人識別指標の必要性と、安全保護対策について説明し、データ利用検討会の承認を得ることを必須とする。

3. データ利用検討会の設置

登録データの研究的利用について、その利用の可否を審査するデータ利用検討会（厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」研究会議）を設け、科学的かつ倫

理的な審査が実施できるように構成する。また、データの利用形態に応じて簡易審査の手順を定めてもよいこととする。

なお、登録データを単独で用いる研究的利用にあたっては、下記の事項の審査が必要である。

- ・ 登録データの利用目的が、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」で予め定めた医療観察法制度モニタリング調査の目的に合致していること。
- ・ 登録データを利用する必要性があること。
- ・ 適切な安全保護措置が計画されていること。
- ・ 利用希望者が後述する適格者に該当すること。

また、登録データと他のデータとを連結する研究的利用では、上記 4 項目に加えて下記の事項を審査する。

- ・ 他のデータを登録データと連結することにより、当該個人に最小限以上の危険をもたらさず、かつ、対象者の人権や福祉に不利益な方向に影響しないこと。

4. 登録データの利用に関する諸条件

登録データの利用について、下記の事項を含む利用条件を定める。

1) 登録データ利用者の適格条件

データ利用者は、社会に貢献する適正な研究目的を持ち、利用の目的を達成できる能力と、具体的手段をもつ研究者に限られる。また、個人情報保護の観点から、下記のいずれかに該当している必要がある。

- ・ 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」の主任研究者・分担研究者・研究協力者
- ・ 過去にデータの届出をした医療機関が、その後その対象者について登録された情報を適正な診療または研究の目的で利用する場合
- ・ 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」の設立母体となっている厚生労働省の精神保健担当部局が、保健医療政策の立案、評価に用いる場合
- ・ 医療観察法制度モニタリング調査に協力している指定医療機関が、その目的に沿って利用する場合
- ・ 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」以外に所属する研究者で、主任研究者が利用を適切と認めた場合

2) 登録データの閲覧

登録データの閲覧を希望する場合は、主任研究者と作業日程、作業方法などについて相談する。主任研究者の許可なく、登録データを閲覧することを禁止する。

登録データの確認は、医療観察法制度モニタリング調査の登録室内で行う。登録室の外への登録データの持ち出し、登録データの複写は認められない。登録データから必要データを転記する場合、その項目は、申込書に記載のあった項目に限る。申込書以外の項目が必要な場合は、申込書に必要な事項を記載し、再度提出する。

3) 指定医療機関よりの詳細情報の入手

登録データよりも詳細な診療情報が必要で、指定医療機関より情報を入手することを希望する場合は、主任研究者と相談の上、作業を進める。利用者は、主任研究者と相談なく、診療科、主治医に接触しない。

4) 個人識別指標の利用

登録データのみで解析可能な場合は、個人識別指標を利用しない。

対象者の予後を把握するためには、個人識別指標との照合が必要である。他のデータと記録照合する場合で、識別指標が必要な場合は、利用者はその取り扱いに十分配慮する。個人識別指標を他の情報と別に保管し、照合作業が終了すれば、すみやかに識別指標を削除あるいは返却する。

6. データの外部利用に際しての個人情報保護対策

1) 基本概念

ここで言うデータの「外部利用」とは、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」に所属していない者が、臨床目的や疫学研究、保健医療計画の策定、評価などの、医療観察法制度モニタリング調査が本来目指している目的のために、登録室に蓄積された情報の一部を閲覧すること、あるいは集計された結果を入手することを言う。

閲覧の対象となる情報の形態は、データベースに収められているもの、文書に記録されたもの、電子媒体等がある。データの外部利用は、個人の情報が登録室外部へ拡散するおそれがあるために、その保護対策が特に重要になる。

2) データの利用に関する諸条件

(1) データ利用の目的

データ利用の目的は、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」の目的に沿ったものでなければならず、それ以外の目的にデータが利用されるおそれのあるときは、データ利用検討会はその利用申請を承認してはならない。

(2) データ利用の必要性

データ利用の必要性があるとは、医療観察法制度モニタリング調査のデータを閲覧すること以外には、利用しようとしている目的を達成できないか、達成することが事実上極めて困難な場合であって、かつデータを利用することにより、その時点において科学的、社会的、臨床的に新しい価値を生むことが一般的に期待できる場合である。

3) データの利用における手続き

データ利用に伴う手続きは、厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」研究会議が予め用意した以下の書式と手続きによって行う必要がある。

a 申請書

利用を希望する者は、申請書によって行う。申請書には、次の事項を含んでいること。

- ・ 登録データの利用を申請する者の所属、氏名
- ・ 登録データの利用の目的
- ・ 登録データの利用の必要性
- ・ 利用を希望する登録データの詳細(部位、対象年、対象者の種類、必要項目など)
- ・ 解析方法
- ・ 利用期間
- ・ 安全保護対策の具体的方法(データの保管場所、情報にアクセスし得る研究者・研究助手の氏名を含む)
- ・ データの保管および処分(廃棄あるいは返却)の方法と時期

- ・ 他のデータと連結する場合には、そのデータの入手方法、入手および登録データとの連結に伴う対象者への危険・不利益の可能性

b 利用通知書

利用が承認された場合、その利用条件が記載された通知書を、利用申請者に対して交付する。その記載項目は、次の事柄を含んでいること。

- ・ 利用を申請した者の所属、氏名
- ・ 利用を希望するデータとその形態
- ・ 利用の目的
- ・ 利用の必要性
- ・ データを解析する場所、方法、および解析に要する期間
- ・ 情報にアクセスし得る研究者、研究助手の氏名
- ・ データの保管および処分(廃棄あるいは返却)の方法と時期
- ・ 利用に関するその他の付帯条件

c 誓約書

データの利用を承認された者は、誓約書に署名する。誓約書は、次の内容を含んでいること。

- ・ 利用通知書に記載された目的以外に使用しない
- ・ 利用通知書に記載されたデータ解析の場所、方法、期間を守る
- ・ 利用通知書に記載された人物以外にデータにアクセスさせない
- ・ 閲覧対象である対象者または対象者家族に接触しない
- ・ 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究」研究会議の承認無く、対象者が受療した医療機関に接触しない
- ・ 調査結果のいかなる発表によっても、取り扱った個人情報の身元が判明する可能性はないように配慮する
- ・ 閲覧したデータを解析している途中で、その一部が認められた目的達成のために不必要となった場合、直ちにそれらを全部登録室に返却するか、廃棄する
- ・ データの保管および処分(廃棄あるいは返却)の方法と時期は、利用通知書に記載された内容に従って実行する
- ・ 利用通知書の付帯条件があれば、これを守る。
- ・ その他、機密保持のために、最大限の努力をする。

d データの処分(廃棄あるいは返却)の通知書

データ利用者は、データ解析終了後、速やかに利用通知書に記されたデータの処分(廃棄あるいは返却)を実行し、処分(廃棄あるいは返却)を行った旨を記した通知書を当該登録室に提出する。

4) データの利用に際しての、登録室職員の留意事項

(1) 外部データとの記録照合

登録室外部にある個人の特定が可能なファイルと、登録室に登録されたファイルとを記録照合して行う疫学研究の場合、互いに授受し合う個人情報の件数や、双方が持つ情報の機密性の程度を考慮すれば、登録室が外部のファイルを預かり、登録室内の電算機を用いて記録照合する方が、個人情報保護上より安全であることの方が多い。このような状況の場合、当該登録室職員は、記録照合作業を自ら行うことを、利用者に対して提案することが望ましい。

(2) 閲覧時の注意

登録室では、多くの医療観察法制度モニタリング情報はデータベース化されている。データの利用に際して登録室は、その目的に必要な最小限のデータ(データの種類と数において)を閲覧させるべきであって、登録室職員は、閲覧に要する準備作業の労力を惜しむあまり、必要以上のデータを含んだファイルを利用者に閲覧させることのないようにする。

(3) 個人同定項目の削除、加工

疫学調査の中には、その目的によっては、対象者登録番号やカルテ番号などの個人同定情報を含まない個人情報を解析することによって、事足りる場合がある。このような場合、当該従事者は、個人情報保護のために、できるだけ個人同定項目が含まれない形にデータを加工して、利用させることが重要である。

2. 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 八木 深

医療観察法制度モニタリングの分析結果に対する精神医学的妥当性評価
に関する研究

分担研究者 山上 皓

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）

心神喪失者等医療観察法制度における専門的医療の向上のためのモニタリングに関する研究
分担研究報告書

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 八木 深 国立病院機構 東尾張病院

医療観察法制度モニタリングの分析結果に対する精神医学的妥当性評価 に関する研究

分担研究者 山上 皓 東京医科歯科大学難治疾患研究所

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 18 年度報告では、同法制度の施行から 1 年以上が経過し、調査の対象事例は 6 病院の協力を得て、合計 141 例となった。また、退院事例を 11 例抽出して各種の考察を行なった。

研究協力者：（五十音順）

岡田幸之（国立精神・神経センター精神保健研究所）

菊池安希子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

野口博文（国立精神・神経センター精神保健研究所）

平林直次（国立精神・神経センター武蔵病院）

美濃由紀子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）

佐野雅隆（早稲田大学大学院）

独立行政法人国立病院機構

杉村謙次（小諸高原病院）

豊岡和彦（さいがた病院）

西岡直也（久里浜アルコール症センター）

村田昌彦（北陸病院）

吉岡眞吾（東尾張病院）

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である。

本研究では、医療観察法指定入院医療機関で提供されている入院治療にかかる情報を収集し、評価・分析することにより、本制度の医療における課題を明らかにすることを目的とする。

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のうち、平成 17 年 7 月 15 日から平成 19 年 1 月 15 日までに調査に協力の得られた 6 つの指定入院医療機関に入院し、登録された 141 事例である。

今回、収集した資料（各種シート）を表 1 に示した。これらシートは全て、病院での通常業務で作成された診療記録等に含まれているものであり、本研究ではシートに含まれる情報の評価・分析を行った。なお、シートの様式については「入院処遇ガイドライン^[1]」に提示されている。

表 1：情報を収集した資料（各種シート）

シート名称	収集数
基本情報管理シート (対象者の入院時に整備すべき情報)	141
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)	4377
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)	1132
入院継続情報管理シート (入院継続の確認の申立てに際して整理すべき情報)	105
退院前基本情報管理シート (退院の許可の申立てに際して整理すべき情報)	26

※ 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. 手続き

1) 情報の収集

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。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 指定入院医療機関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。

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。また、各施設で倫理審査委員会の承認を得た。

C. 研究結果と考察

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、時系列としての経過を示し、既に退院した事例と、現在入院治療中の事例を比較し、考察した。

1. 対象者の代表性

本研究は悉皆調査ではないため、得られた結果の一般化可能性について量るために、基本属性（性別、診断）について医療観察法入院処遇者全体（母集団）と比較した。

厚生労働省による公開資料において、平成18年10月31日現在の医療観察法入院処遇者は男性193名（79.4%）、女性50名（20.6%）であった。また、診断については、ICD-10でF1が5名（2.8%）、F2が150名（82.9%）、F3が12名（6.6%）、その他が14名（7.7%）であった。以上の2点について、本研究で収集した事例（平成18年10月31日時点データ）と比率の差があるかどうかを検定したところ有意差は見られなかった（ $p>.05$ ）。本研究で扱う事例群は、ある程度の代表性を有していると考えられた。

2. 対象者の全体像

1) 入院処遇の開始と終了

入院処遇の対象者数の推移については、制度開始から2ヶ月目より対象者の入院が開始され、診療支援システムへの登録が始まった。本調査の登録期限とした17ヶ月までに141事例が登録された。その中で、11例は入院処遇を終了していた。（図1）

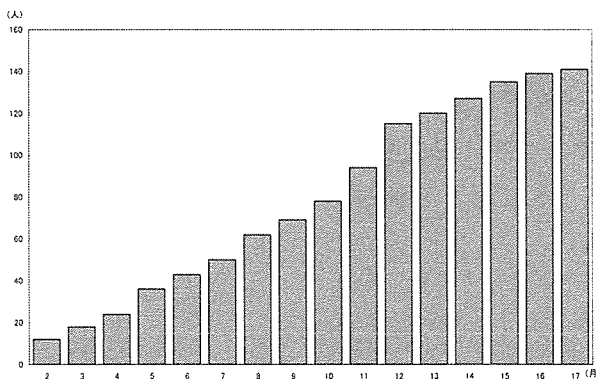


図1：対象者の推移

2) 性別と年齢

本調査で対象とした141事例の性別は、

男性111例（78.7%）、女性30例（21.3%）であった（図2）。

また、平均年齢は41.5歳（SD=12.6 中央値=39 最小値=21 最大値=90 最頻値=37）であった。（表2、図3）

年齢分布では、30歳代の対象者が最も多いことが判明した。また60歳以上の対象者が13例（9.2%）みられ、高齢者の罹病期間や疾患特性について今後詳細な分析が必要である。

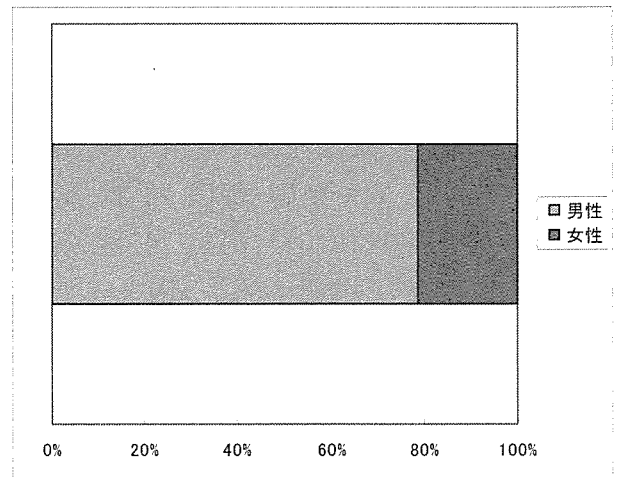


図2：対象者の性別

年齢	度数	割合
20-29歳	25	17.7%
30-39歳	47	33.3%
40-49歳	36	25.5%
50-59歳	20	14.2%
60-69歳	10	7.1%
70-79歳	2	1.4%
80-89歳	0	0.0%
90-99歳	1	0.7%
総計	141	100.0%

表2：対象者の年齢

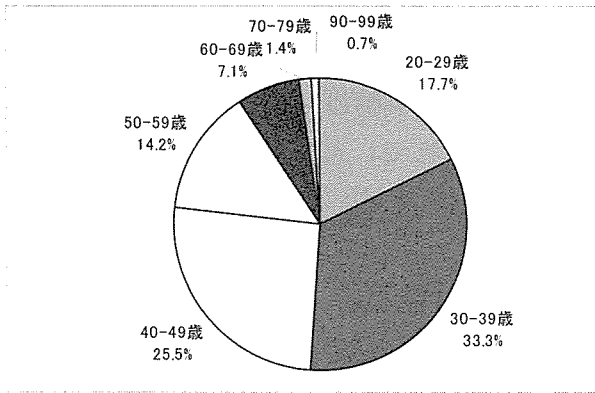


図 3：対象者の年齢

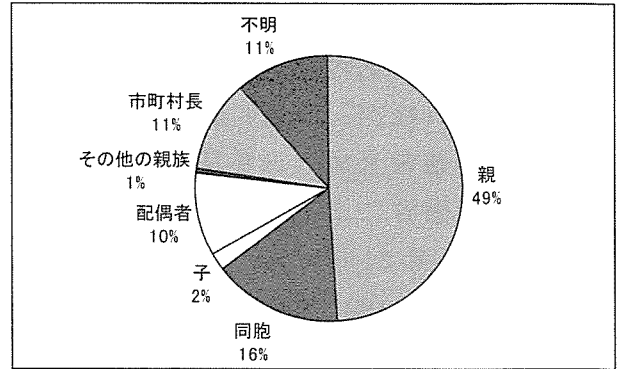


図 5：保護者の状況

3) 対象者の住所地ブロック

対象者の住所地ブロックは、関東甲信越 52 例 (36.9%)、東海北陸 24 例 (17.0%)、近畿 21 例 (14.9%)、中国・四国 14 例 (9.9%)、九州・沖縄 15 例 (10.6%)、不定 10 例 (7.1%)、不明 5 例 (3.5%) であった。(図 4)

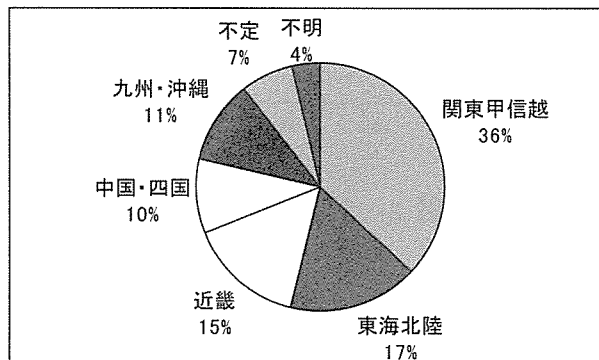


図 4：対象者の所在地

4) 保護者の状況

ここでいう医療観察法上の保護者とは、精神保健福祉法第 20 条に定める保護者に準ずる。保護者の続柄は、親 69 例 (48.9%)、同胞 22 例 (15.6%)、配偶者 14 例 (9.9%)、子 3 例 (2.1%)、その他親族 1 例 (3.6%)、市町村長 16 例 (11.3%)、不明 16 例 (11.3%) であった。(図 5)

また、精神保健福祉法による選任状況については、あり 20 例 (16.3%)、なし 102 例 (72.3%)、不明 19 例 (13.5%) であった。(図 6)

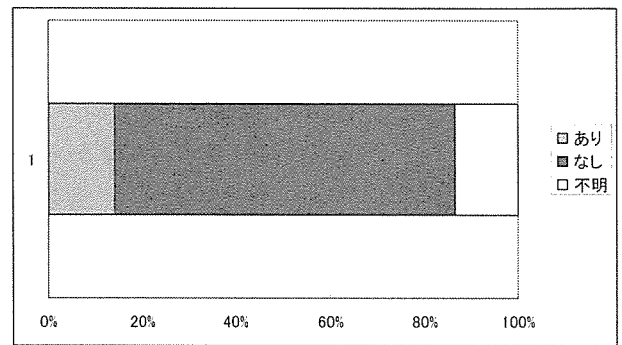


図 6：保護者の選任状況

5) 各種援護制度

障害年金の受給状況は、あり 99 例 (70.2%)、なし 29 例 (20.6%)、不明 13 例 (9.2%) であった。(図 7)

生活保護制度の利用については、あり 23 例 (16.3%)、なし 114 例 (80.9%)、停止中 1 例 (0.7%)、不明 3 例 (2.1%) であった。

精神保健福祉手帳の所有については、あり 20 例 (14.2%)、なし・記載なし 120 例 (85.1%)、不明 1 例 (0.7%) であった。(図 9)

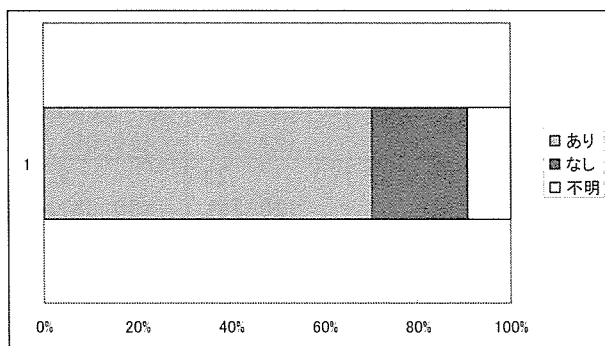


図 7：障害年金の受給状況

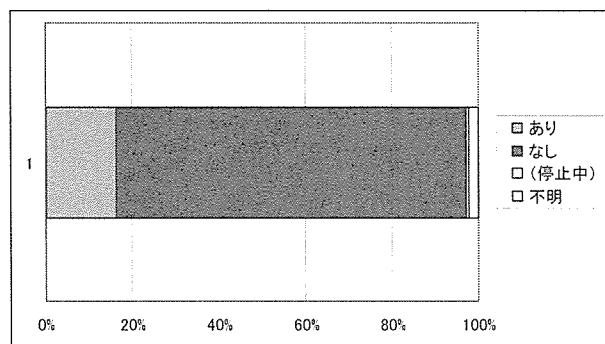


図 8：生活保護制度の利用

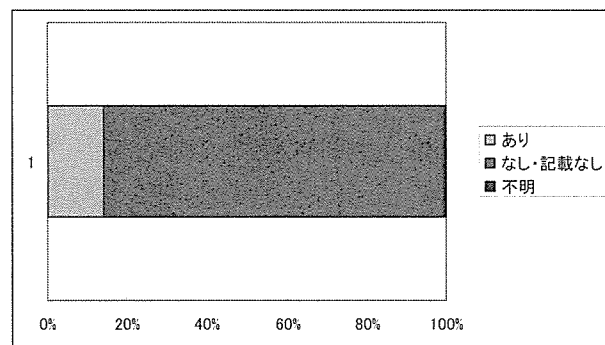


図 9：精神保健福祉手帳の所有

2. 精神科疾患および合併疾患

1) 診断名

主診断の ICD-10 については、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 [F2] 116 例 (82.3%)、気分 [感情] 障害 [F3] 14 例 (9.9%)、精神作用物質使用による精神及び行動の障害 [F1] 7 例 (5.0%)、症状性を含む器質性感情障害 [F0] 1 例 (0.7%)、神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障

害 [F4] 1 例 (0.7%)、成人の人格及び行動の障害 [F6] 1 例 (0.7%)、損傷、中毒及びその他の外因による影響の続発・後遺症 [T9] 1 例 (0.7%) であった。(図 10)

副診断については、あり 24 例 (17.0%)、なし 117 例 (83.0%) であった。内訳は、知的障害 (精神遅滞) [F7] 15 例 (10.6%)、精神作用物質使用による精神及び行動の障害 [F1] 4 例 (2.8%)、成人の人格及び行動の障害 [F6] 2 例 (1.4%)、症状性を含む器質性感情障害 [F0] 1 例 (0.7%)、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 [F2] 1 例 (0.7%)、気分 [感情] 障害 [F3] 1 例 (0.7%) であった。(図 11)

診断名については、法施行前に予想されていたとおり、統合失調症型障害及び妄想性障害 [F2] が 8 割をこえて大多数を占めていることがわかる。一方で、主診断が「神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 [F4]」や「成人の人格及び行動の障害 [F6]」も少なからず存在しており、F2 以外の診断の今後の推移をモニタリングしてゆく必要がある。

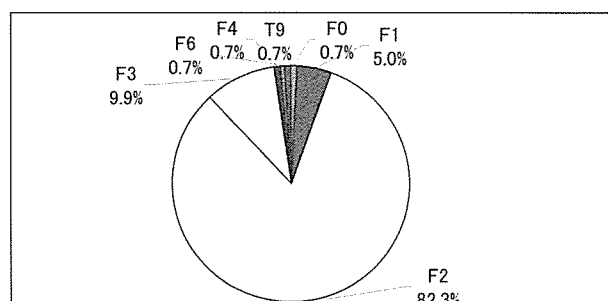


図 10：主診断名

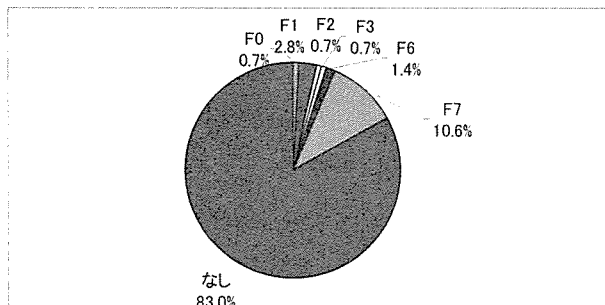


図 11: 副診断名

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(致死)49例(34.8%)、殺人・殺人未遂39例(27.7%)、放火・放火未遂32例(22.7%)、強制猥褻・強制猥褻未遂10例(7.1%)、強盗・強盗未遂6例(4.3%)、強姦・強姦未遂3例(2.1%)、不明2例(1.4%)であった。(図 12)

男女別には、表 3 のとおりであった。今回の対象者では、女性において殺人の比率が高い傾向が見られた。これは、子殺し事例が含まれることも一因であると推測される。また、傷害・傷害未遂や、強盗・強盗未遂においては、女性よりも男性対象者において高い比率で見られた。このように、性別によって対象行為の分布には差があることが示唆された。

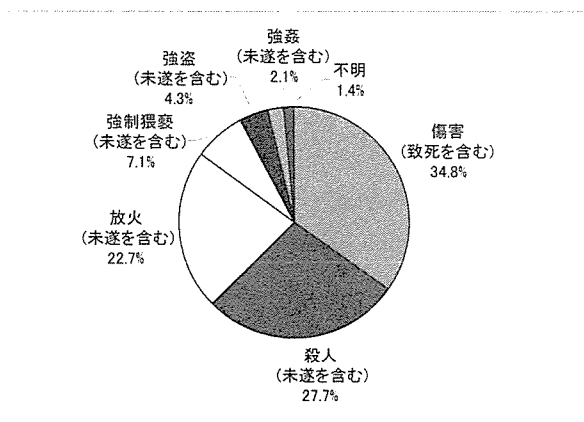


図 12: 対象行為

対象種別	男	女	合計
傷害・傷害致死	43 (38.7%)	6 (20.0%)	49 (34.8%)
殺人・殺人未遂	24 (21.6%)	15 (50.0%)	39 (27.7%)
放火・放火未遂	23 (20.7%)	9 (30.0%)	32 (22.7%)
強制猥褻・強制猥褻未遂	10 (9.0%)	0	10 (7.1%)
強盗・強盗未遂	6 (5.4%)	0	6 (4.3%)
強姦・強姦未遂	3 (2.7%)	0	3 (2.1%)
不明	2 (1.8%)	0	2 (1.4%)
合計	111 (100%)	30 (100%)	141 (100%)

表 3: 男女別の対象行為種別

2) 鑑定入院の期間

鑑定入院の期間については、30-39日間1例(0.7%)、40-49日間14例(9.9%)、50-59日間49例(34.8%)、60-69日間20例(14.2%)、70-79日間25例(17.7%)、80-89日間22例(15.6%)、90-99日間1例(0.7%)、不明9例(6.4%)であった。(図 13)

平均期間は65.2日(SD=13.1 中央値=62 最小値=37 最大値=91 最頻値=77)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。

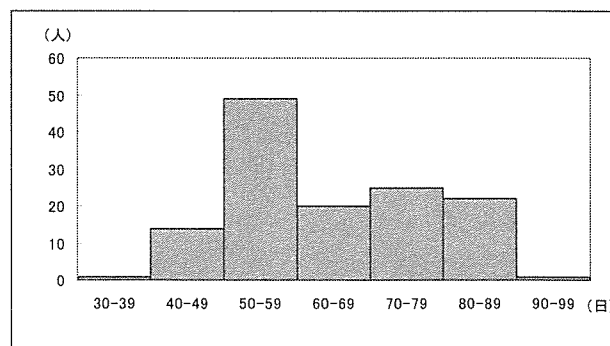


図 13: 鑑定入院の期間

3) 対象行為の発生から申し立てに至る期間

対象行為の発生から申し立てに至る期間

については、0-9 日間 1 例 (0.7%)、10-19 日間 16 例 (11.3%)、20-29 日間 42 例 (29.8%)、30-39 日間 7 例 (5.0%)、40-49 日間 6 例 (4.3%)、50-59 日間 4 例 (2.8%)、60-69 日間 2 例 (1.4%)、70-79 日間 3 例 (2.1%)、80-89 日間 4 例 (2.8%)、90-99 日間 3 例 (2.1%)、100-199 日間 25 例 (17.7%)、200-499 日間 13 例 (9.2%)、500-1499 日間 2 例 (1.4%)、1500 日以上 1 例 (0.7%)、不明 12 例 (8.5%) であった。(図 14)

平均期間は 103.1 日 (SD=183.4 中央値=38 最小値=0 最大値=1521 最頻値=21) であった。

対象行為から申し立てまでに 6 ヶ月を超過した事例は 16 例 (11.3%) であったが、このような事例の申し立て時期を見ると 11 例が、法施行直後から 2006 年 4 月までに行なわれており、新法施行前に起きた対象行為について遡って申し立てする事例があったり、また運用上の手続き慎重に行うことで時間がかかるなど、新制度開始の移行期に伴う現象を表している可能性がある。また、確定裁判を受けて申し立てがなされる場合は、対象行為から申し立てまでの期間が長くなると考えられるが、本調査では確定裁判の有無は同定できていない。

また、対象行為から申し立てまでの期間が長いと対象行為に対する内省や洞察を促す機会がそれだけ失われる可能性が高いことから、対象行為から申し立てまでの長い事例と短い事例で、対象行為についての内省洞察に違いがあるかどうか今後分析してゆく必要がある。

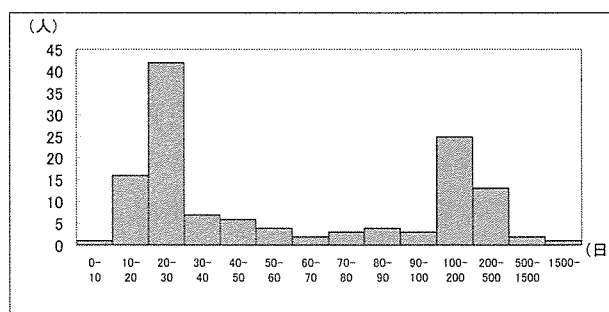


図 14: 対象行為の発生から申し立てに至る期間

4) 地域内処遇の状況

指定入院医療機関の整備状況を把握するため、調査協力の得られた 6 病院について、対象となる処遇者が、現住所のある地域内の指定入院医療機関において処遇されているかどうかを調査した。

図 15 は、ブロック外率の時系列推移を示している。ブロック外率は、現住所の地域外に入院している対象者数を各時点での入院対象者数で除したものを百分率で表示したものある。病院名と矢印は、その開棟時期を示しており、打点部は転院事例数を示している。

図 15 より、制度開始当初は指定入院医療機関の数が限られていたことから、居住地に関わらず、地域ブロック内外から広く対象者を受け入れた結果、地域ブロック外率が上昇していることがわかる。最初に武蔵病院が開棟し、その後、花巻、東尾張、肥前、北陸、久里浜、さいがたと開棟が続いたが、ブロック内外から入院して来る傾向が変わらなかったことが推測される。地域ブロック外からの患者の割合は 65%程度まで上昇し、その後、2006 年 4 月頃より転院事例の増加と共に減少し始めた。これは、1) 退院地に近い指定入院医療機関への転院が行われ、2) 退院予定地に近い指定入院医療機関に入院する事例が増えてきた結果であることが示唆される。しかしながら、現

在でもなお、約半数の対象者が地域外での処遇となっていることには、やはり注目しておく必要がある。帰住地から離れた地域で入院を続けていることは、速やかな退院に向けての調整に対する阻害要因となって

いる可能性がある。このような入院対象者の地域ブロック外率が、今後、施設整備が進むに従って、一層減少していくことが期待される。

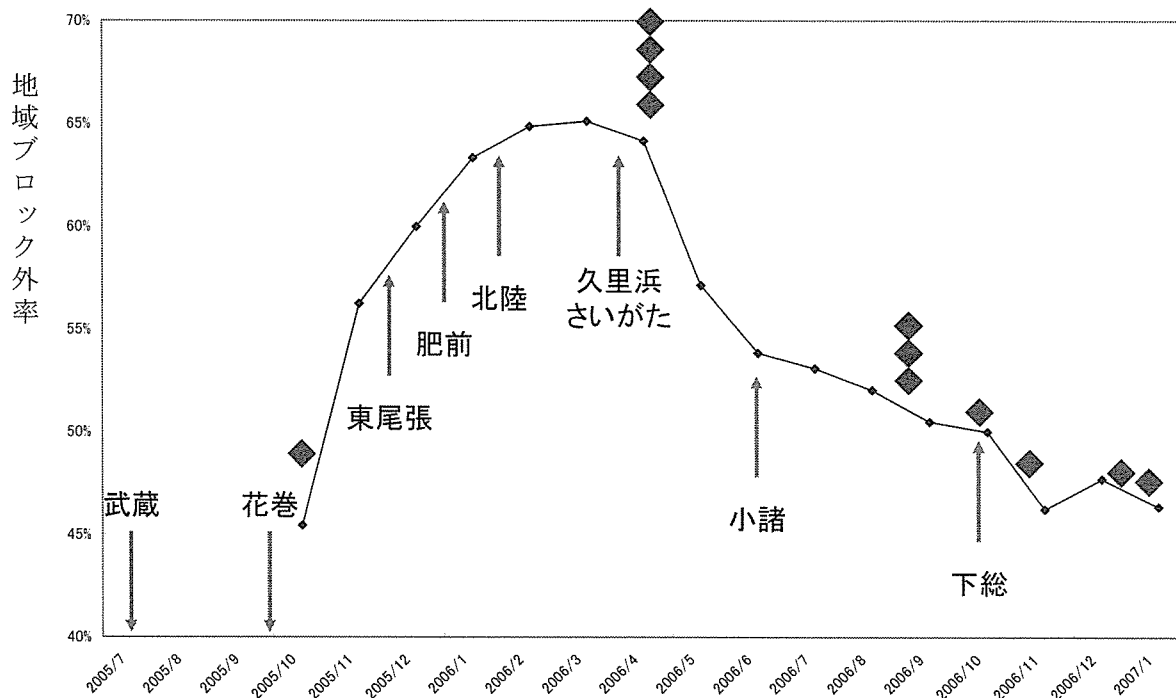


図 15：地域ブロック外率の時系列推移

4. 入院処遇開始時の評価

1) 共通評価項目

入院処遇開始時点での 141 例の共通評価項目の平均値を算出した(表 4、図 16～20)。入院時点では、「現実的計画」において最も高い平均点を示しており、見通しがたっていない状態を示している。最も低い平均点を示したのは「物質乱用」であったが、これは入院後に新たに入手される側副情報や対象者個人に対する詳細なアセスメントの結果、さらに得点が高くなる可能性もあるため、0.4 という平均点は入院時に把握されている範囲での評価と見るのが妥当であろう。「対人暴力」は対象行為が対人であった場合には 2 点がつくため、この平均点が 1.4 なのは、放火事例の影響と考えられた。

2) 生活機能評価

入院処遇開始時点での 141 例の生活機能評価の平均値を算出した(表 5、図 21～26)。全体としては、セルフケアの領域の課題は比較的軽微である一方、「経済活動」や「ストレスとその他心理的欲求への対処」「対人関係」にニーズの高さが伺えた。入院処遇中に狭義医療だけでなく、心理社会的支援、ソーシャルワーク支援の必要性が示されていた。

精神医学的要素	(図 16)
精神病症状	1.8
非精神病症状	1.7
自殺企図	0.4
個人心理的要素	(図 17)
内省・洞察	1.7
生活能力	1.7
衝動コントロール	1.4
対人関係的要素	(図 18)
共感性	1.0
非社会性	0.8
対人暴力	1.4
環境的要素	(図 19)
個人的支援	1.0
コミュニティ要因	1.3
ストレス	1.7
物質乱用	0.4
現実的計画	1.8
治療的要素	(図 20)
コンプライアンス	1.5
治療効果	0.8
治療・ケアの継続性	1.8

(0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかに問題あり)

表 4：共通評価項目の平均値

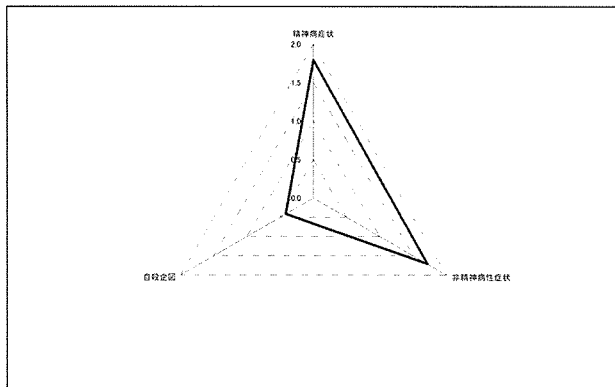


図 16：共通評価(精神医学的要素)

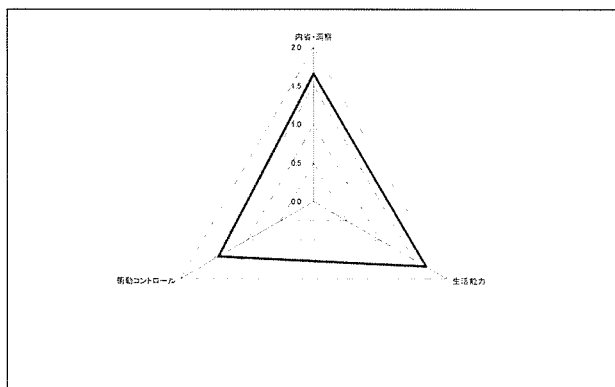


図 17：共通評価(個人心理的要素)

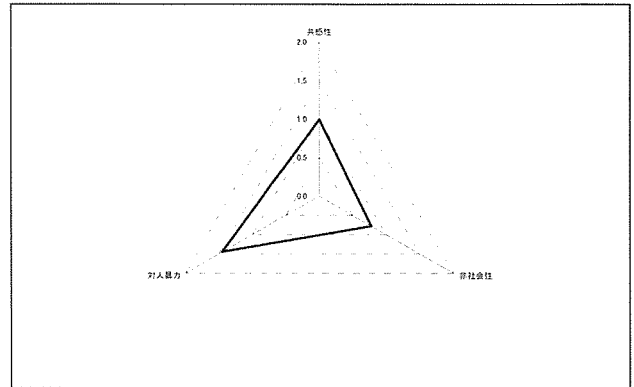


図 18：共通評価(対人関係的要素)

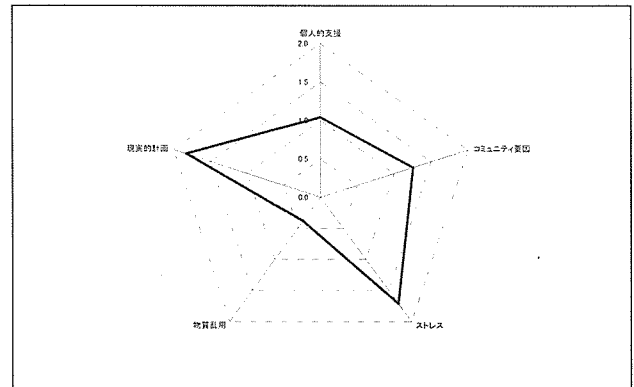


図 19：共通評価(環境的要素)

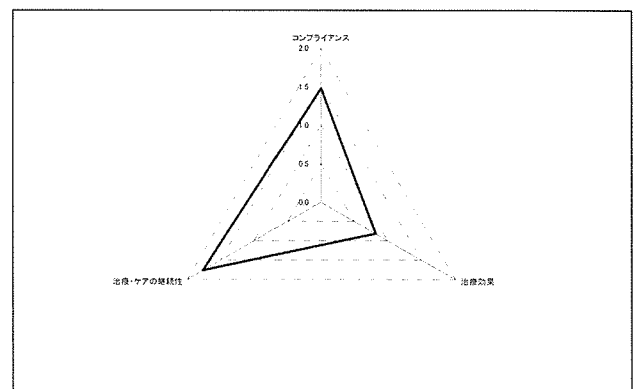


図 20：共通評価(治療的要素)

セルフケア	(図 21)
身体的快適性の確保	1.5
食指や体調の管理	1.8
健康の維持	2.1
調理	2.6
調理以外の家事	2.2
社会的な適性	(図 22)
敬意と思いやり	2.0
感謝	1.6
寛容さ	2.1
批判	2.0
合図	2.0
身体的接触	2.0
対人関係	(図 23)
対人関係の形成	2.3
対人関係の終結	2.5
対人関係における行動の制御	2.4
社会的ルールに従った対人関係	2.4
社会的距離の維持	2.4
日課の遂行	(図 24)
日課の管理	2.0
日課の達成	2.0
自分の活動レベルの管理	2.2
ストレスとその他心理的欲求への対処	(図 25)
責任への対処	2.7
ストレスへの対処	2.7
危機への対処	2.6
経済活動	(図 26)
基本的な経済的取引	1.8
複雑な経済的取引	2.5
経済的自給	3.0

(0=完全にできる 1=概ねできる 2=多少はできる
3=ほとんどできない 4=まったくできない)

表 5：生活機能評価の平均値

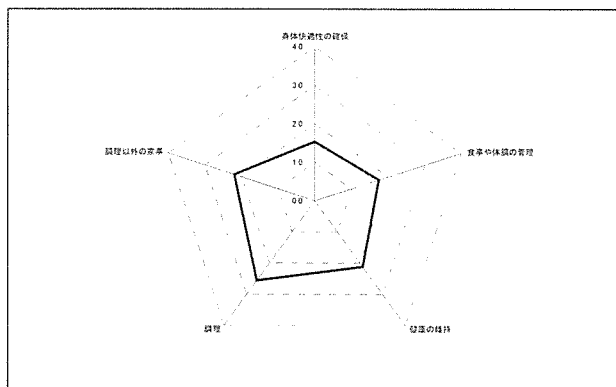


図 21：生活機能評価(セルフケア)

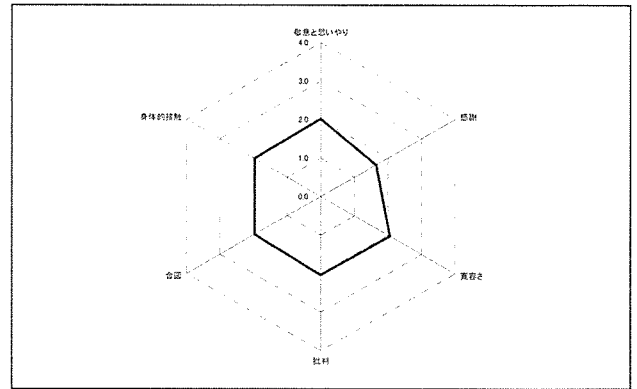


図 22：生活機能評価(社会的な適性)

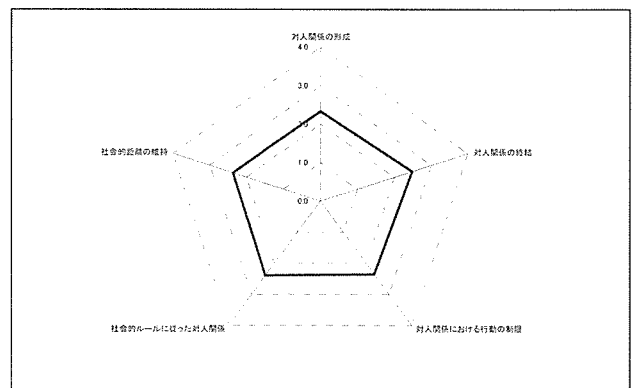


図 23：生活機能評価(対人関係)

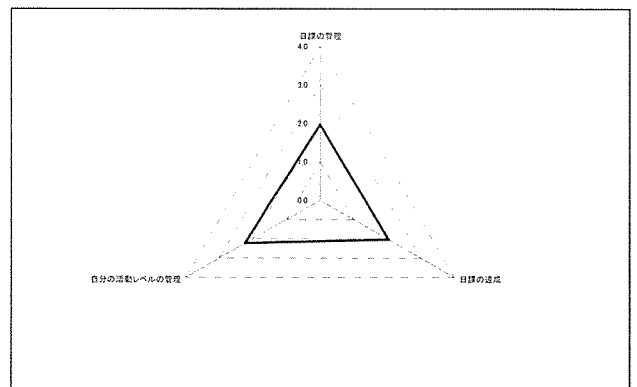


図 24：生活機能評価(日課の遂行)

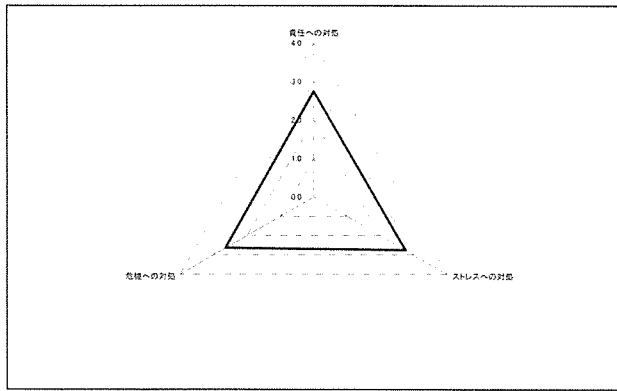


図 25：生活機能評価
(ストレスとその他の心理的要求への対処)

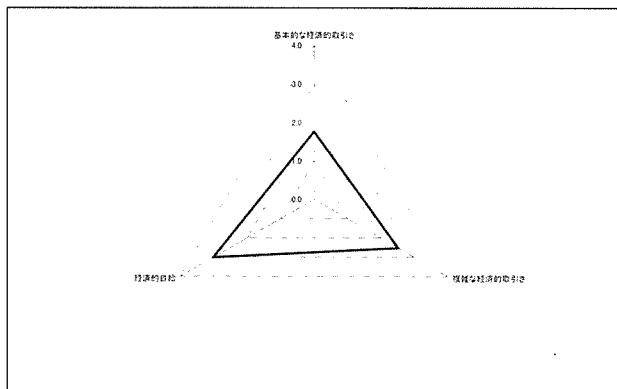


図 26：生活機能評価(経済生活)

3) 環境要因の評価

入院処遇開始時点での 141 例の生活機能評価の平均値を算出した(表 6、図 27)。全体として平均点数が 2 点(「どちらでもない」に相当)以上であるということは、つまり「阻害的」な方向により傾いているということである。すなわち、入院時点では環境要因が阻害的に作用している傾向が示されていたといえる。環境調整の重要性が裏付けられたものと思われる。

生產品と用具	2.4
自然環境・地域環境	2.3
支援と関係	2.3
態度	2.4
サービス・制度	2.3

(0=促進的 1=どちらかという促進的 2=どちらでもない 3=どちらかという阻害的 4=阻害的)

表 6：環境要因の評価の平均値(図 27)

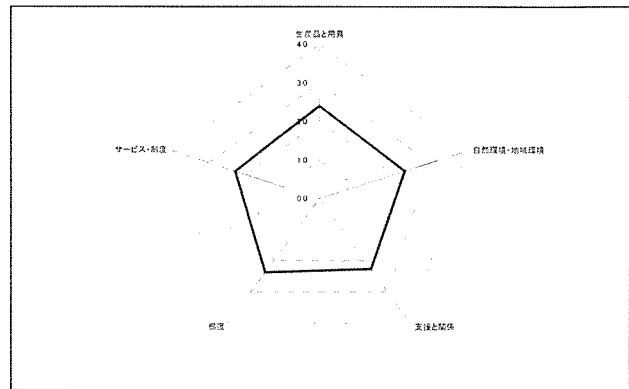


図 27：環境要因の評価

5. 治療の経過

1) 治療期の推移

141 事例のうち、急性期を終了している事例は、81 事例、回復期を終了している事例は、36 事例であった。社会復帰期を終了して退院にいたった事例は 11 例であった。通常、急性期を経て回復期へと移行し、社会復帰期へと向かうが、治療中に治療期を逆行する事例が 2 事例見受けられた。

それぞれの治療期を終了している事例のみで各治療期の滞在日数を分析したところ、急性期は平均 85.3 日(SD=32.5 最小値=24 最大値=224 中央値=85)となった。また、回復期については、平均 133.7 日(SD=70.7 最小値=25 最大値=310 中央値=119)となった。社会復帰期については、平均 144.8 日(SD=33.4 最小値=74 最大値=189 中央値=152)となった。

ガイドラインでは、急性期 3 ヶ月、回復期 9 ヶ月、社会復帰期 6 ヶ月として設定さ

れている。現時点で回復期を終了している事例は、ガイドラインでの目安の期間よりも早く社会復帰期へと移行していることがわかる。

6. 退院事例の分析

1) 年齢と性別

退院事例 11 例の性別は、男性 9 例、女性 2 例であった。また、平均年齢は 35.6 歳（最小値=26 最大値=55）であった。

2) 退院地の住所地ブロック

退院地の住所地ブロックは、関東甲信越 4 例、九州・沖縄 2 例、北海道・東北 1 例、東海北陸 1 例、近畿 1 例、中国・四国 1 例、不明 1 例であった。

住所地(市町村)の人口規模については、10 万人以下 3 例、10 万-20 万人 3 例、20 万-30 万人 1 例、30 万-40 万人 2 例、100 万人以上 1 例、不明 1 例であった。

3) 居住形態

居住形態については、入院前では、独居 3 例、家族等と同居 5 例、不定 2 例、不明 1 例であった。退院後では、独居 3 例、家族等と同居 4 例、社会復帰施設等への入所 4 例であった。

なお、「退院前情報管理シート」等に記入されているテキスト情報を精査したところ、退院にかかる地域住民の反対等のコンフリクトが発生した旨の記載があったものは、1 例のみであった。

4) 各種援護制度

退院時における障害年金の受給状況は、あり 9 例、なし 2 例であった。また、生活保護制度の利用については、あり 4 例、なし 7 例であった。

社会資源の利用については、デイケア 7

例、生活訓練施設 2 例、入所授産施設 1 例、通所授産施設 2 例、知的障害者更生施設 1 例であった（重複利用を含む）。社会資源を利用しない事例は 1 例にみられた。

5) 精神科疾患および精神科受診歴

主診断の ICD-10 については、統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害[F2]9 例、気分[感情]障害[F3]2 例であった。副診断については、知的障害(精神遅滞)[F7] 1 例がみられた。また、身体疾患については、高コレステロール血症 1 例、高尿酸血症 1 例がみられた。

また、精神科の受診歴については、あり 5 例、なし 5 例、不明 1 例であった。過去の入院回数については、5 回以上入院した事例は 4 例にみられた。

6) 司法制度に関連する情報

医療観察法で対象となった行為については、殺人・殺人未遂 6 例、放火・放火未遂 2 例、傷害(致死)1 例、強制猥褻・強制猥褻未遂 1 例、強盗・強盗未遂 1 例であった。

また、対象行為の被害を受けた者については、親族とされた事例は 4 例にみられた。

7) 治療期の推移

退院事例 11 例のうち、ステージの逆行がみられた 1 例と、転院後に退院した 1 例を除いた 9 例を分析対象として、治療期の推移を把握した。(図 28)

入院処遇の日数は、平均 294.6 日 (SD=62.7 最小値=220 最大値=375 中央値=321)となった。急性期は平均 75.7 日 (SD=18.6 最小値=48 最大値=100 中央値=77)となった。また、回復期については、平均 78.8 日 (SD=36.4 最小値=26 最大値=122 中央値=90)となった。社会復帰期については、平均 139.9 日 (SD=33.4 最小値=74

最大値=176 中央値=146)となった。

現時点で入院処遇を終了している事例は、早期退院の事例であると考えられる。入院が長期にわたる事例と比較するために、現時点での退院事例の中で最も遅く入院した事例以前に入院し、調査時点で入院処遇が進行中である事例との比較を行なった。17例が急性期を終了しており、その中で13例は回復期を終了していた。現時点での退院事例との滞在日数を比較したところ、急性期では有意差が見られず($p>.05$)、回復期では有意差が見られた($p<.01$)。

つまり、現時点で退院している事例は、回復期の滞在日数が通常の事例と比べて短いといえる。今後、長期退院事例を蓄積することによって、より詳細な検討ができると考えられる。

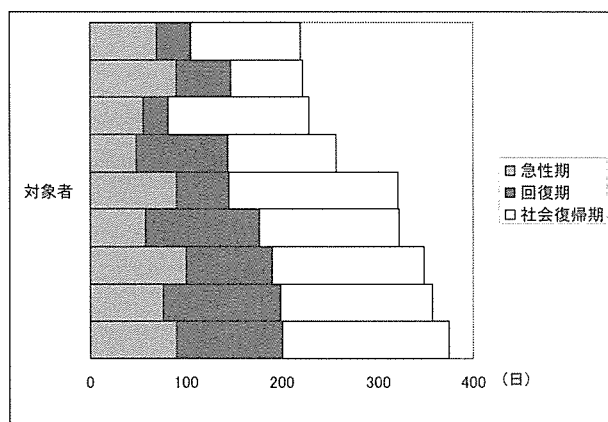


図 28 治療期の推移

8) 薬剤処方の変化

退院した11例の事例のうち、統合失調症を主病名とする9事例について、入院時と退院時の向精神薬の処方状況について比較した。

比較にあたっては、各処方のクロルプロマジン換算を行った。

入院時では、平均477.5mg/日(SD=158.1 最小値=300 最大値=756)であった。退院時では、平均313.1mg/日(SD=171.3 最小値=0 最大値=600)であった。

有意水準5%でウィルコクソンの符号付順位和検定を行ったところ、退院時の処方の中心位置は入院時に比べて小さいといえた。

一般に精神医療においては、入院治療が急性期から社会復帰へむけての進展と共に投薬量は減ずるものであり、今回の結果からは、医療観察法の入院治療でも同様の傾向が認められたということに過ぎないともいえる。

しかし、医療観察法制度では、入院処遇開始以前に2-3ヶ月程度の鑑定入院期間があることからすると、入院処遇中の「急性期」は必ずしも精神病性障害の病状、重症度、病期としての急性期を反映しているわけではない。その意味では、今回の投薬量の減少は、単に病期としての急性期を脱して回復期に入ったということを表しているわけではないとも考えられる。

また、こと医療観察法病棟では、より重症の患者が多く、その投薬量の漸減は滞りがちになるというイメージがもたれている可能性があることを考えれば、今回の結果にはそれなりの意味があるといえよう。

9) 入退院時の評価の比較

先に入院開始時点での141例全例の共通評価項目、生活機能評価、環境要因の評価の概要を示したが、ここでは、退院事例11例の入退院時の評価について、各種項目の推移を検討した。

(1) 共通評価項目の入退院時の評価の比較

平均値を見る限り、各項目ともに、望ましい方向への変化を示しているが、「物質使用」については、評価尺度そのものが過去の物質乱用歴があれば1点とされること、薬物やアルコールが入手不可能な入院中には評価が出来ないことから、値が動かなかったものと考えられる。(表7、図29~33)