

	入院時	退院前
精神医学的要素(図 29)		
精神病症状	2.0	0.6
非精神病症状	1.7	0.8
自殺企図	0.8	0.2
個人心理的要素(図 30)		
内省・洞察	1.8	0.3
生活能力	1.7	0.7
衝動コントロール	1.2	0.3
対人関係的要素(図 31)		
共感性	1.0	0.1
非社会性	0.5	0.2
対人暴力	1.1	0.3
環境的要素(図 32)		
個人的支援	1.0	0.7
コミュニティ要因	1.2	0.7
ストレス	1.7	0.9
物質乱用	0.5	0.5
現実的計画	1.6	0.8
治療的要素(図 33)		
コンプライアンス	1.7	0.5
治療効果	0.8	0.3
治療・ケアの継続性	1.6	0.9

(0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかに問題あり)

表 7：共通評価項目の平均値

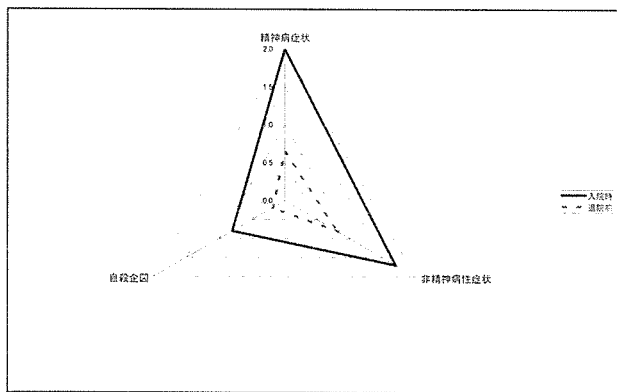


図 29：共通評価(精神医学的要素)

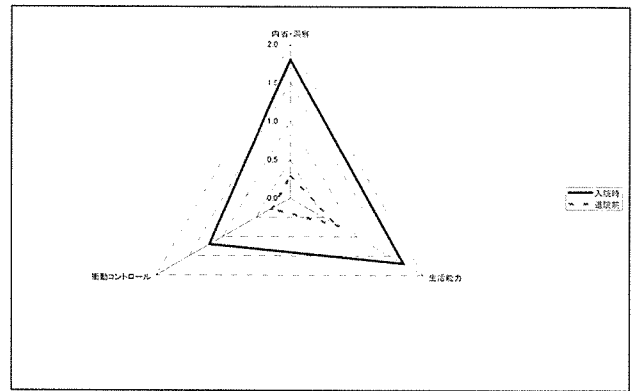


図 30：共通評価(個人心理的要素)

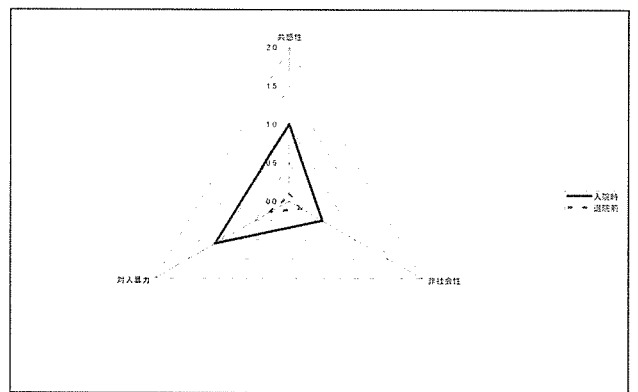


図 31：共通評価(対人関係的要素)

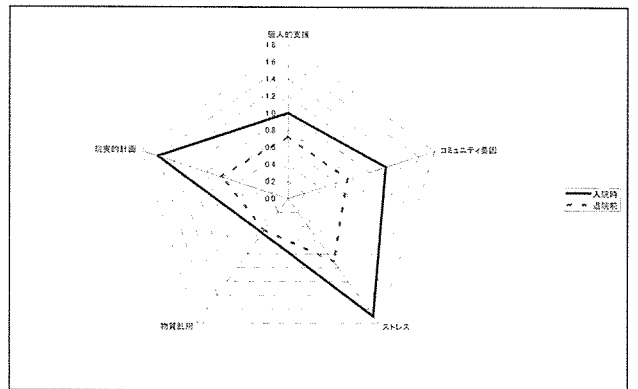


図 32：共通評価(環境的要素)

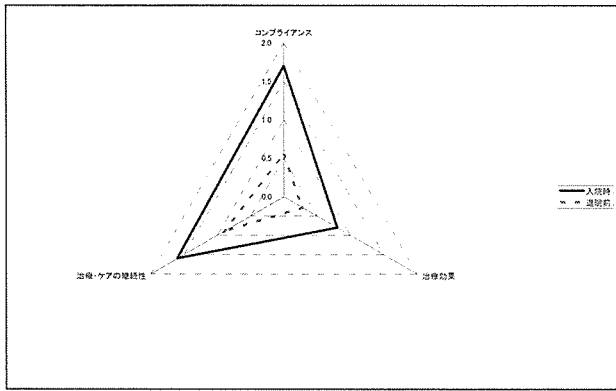


図 33：共通評価(治療的要素)

(2)生活機能評価の入退院時の評価の比較

いずれの項目も望ましい方向への変化を示しており、多職種によるチームアプローチの成果を示すものと考えられた。(表 8、図 34～39)

(3)環境要因の評価の入退院時の評価の比較

環境要因の変化についても各項目共に値が減少していた。例数も少なく、おそらくは早期退院事例に限られているとはいえ、「環境要因」は指定入院医療機関と社会復帰調整官の連携が大きく影響する領域であり、望ましい方向への値の変化は、その連携の効果を現していると考えられた。(表 9、図 40)

(4)GAF の評価

退院時における GAF (機能の全体的評定) の平均値は 74.4 (最小値=50 最大値=95) であった。残念ながら、入院時の GAF は得られていないため比較はできなかった。

	入院時	退院前
セルフケア (図 34)		
身体的快適性の確保	1.2	0.3
食指や体調の管理	1.4	0.5
健康の維持	2.0	0.6
調理	2.6	1.3
調理以外の家事	2.3	0.6
社会的な適性 (図 35)		
敬意と思いやり	1.7	1.0
感謝	1.4	0.7
寛容さ	1.7	0.9
批判	1.8	1.4
合図	1.5	0.9
身体的接触	2.0	0.8
対人関係 (図 36)		
対人関係の形成	2.5	1.5
対人関係の終結	2.4	1.2
対人関係における行動の制御	2.5	0.8
社会的ルールに従った対人関係	2.6	0.7
社会的距離の維持	2.3	1.0
日課の遂行 (図 37)		
日課の管理	2.1	0.9
日課の達成	2.4	0.6
自分の活動レベルの管理	2.1	0.9
ストレスとその他心理的欲求への対処 (図 38)		
責任への対処	2.5	1.3
ストレスへの対処	2.5	1.6
危機への対処	2.6	1.7
経済活動 (図 39)		
基本的な経済的取引	1.8	0.5
複雑な経済的取引	2.1	1.4
経済的自給	2.3	1.9

(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 8：生活機能評価の平均値

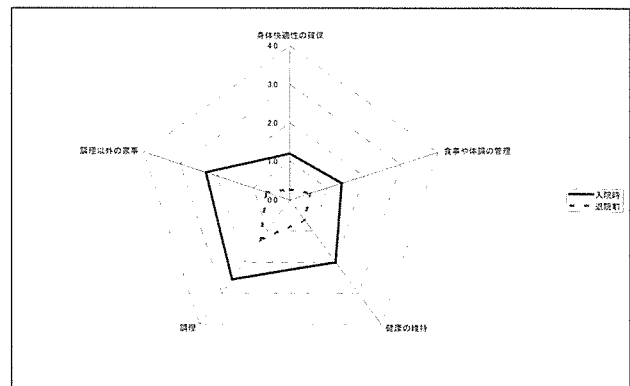


図 34：生活機能評価(セルフケア)

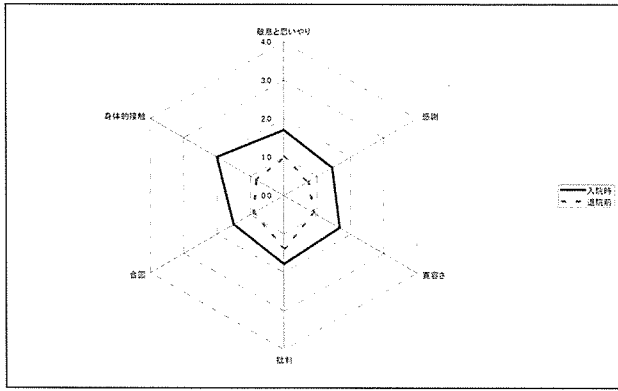


図 35 : 生活機能評価(社会的な適性)

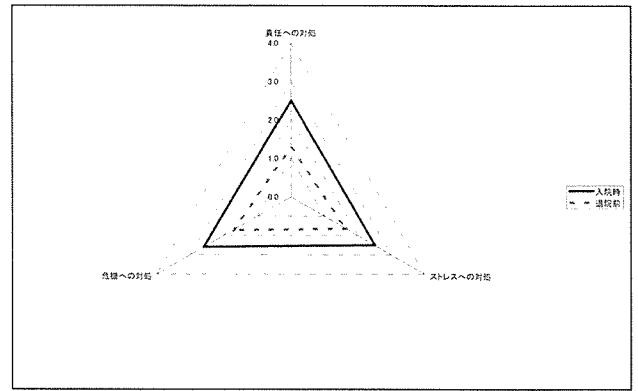


図 38 : 生活機能評価  
(ストレスとその他の心理的要求への対処)

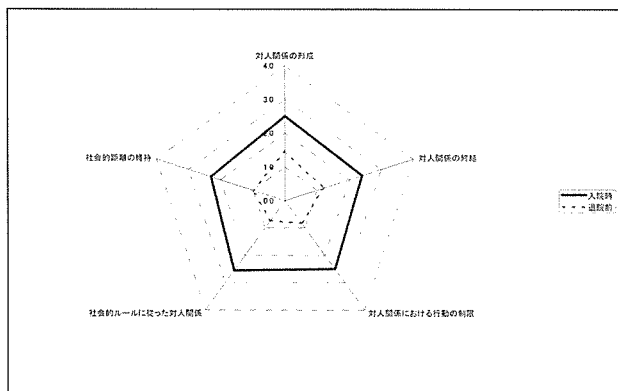


図 36 : 生活機能評価(対人関係)

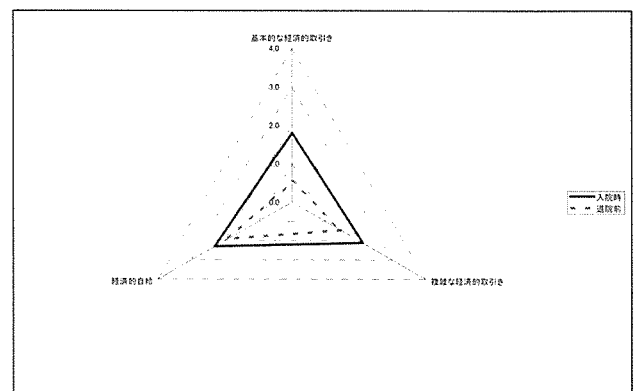


図 39 : 生活機能評価(経済生活)

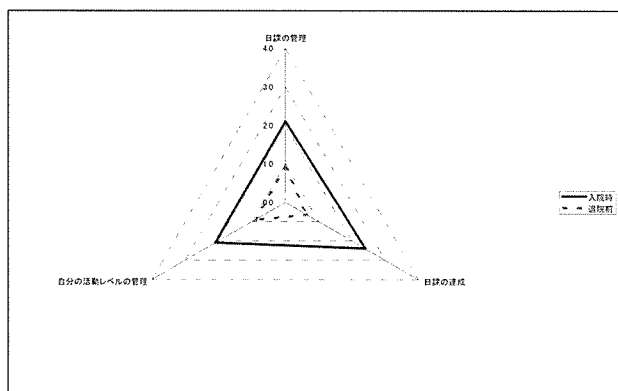


図 37 : 生活機能評価(日課の遂行)

	入院時	退院前
生産品と用具	2.5	1.4
自然環境・地域環境	2.6	1.3
支援と関係	2.6	0.9
態度	2.6	1.0
サービス・制度	2.6	1.5

(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 9：環境要因の評価の平均値

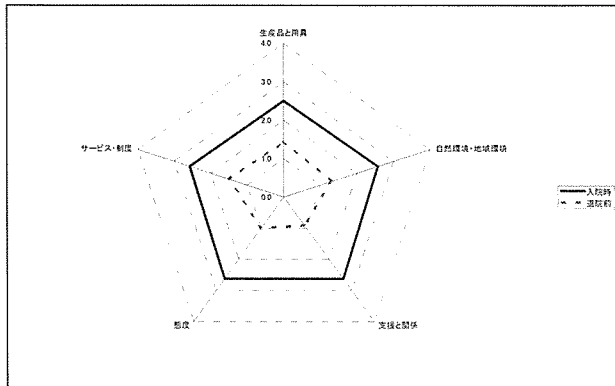


図 40：環境要因の評価

## 7. まとめ

平成 18 年度は、6 つの指定入院医療機関から収集した 141 事例のデータをもとに、制度の運用状況についての報告を行った。

治療期を終了している事例の分析では、急性期平均約 85 日、回復期平均約 134 日、社会復帰期平均約 145 日であり、特に回復期はガイドラインの目安期間より早くステージ移行していた。

11 事例が退院し入院処遇日数の平均は約 295 日でありガイドラインより短かったが、現時点で把握されているのは早期退院群であると考えられた。早期退院群は、回復期の滞在日数平均が約 79 日と短い特徴があった。まだ少数ではあるものの退院事例の分析からは、医療観察法の対象者においても入院時に比し向精神薬の使用量が減少し、共通評価項目からも制度趣旨にそった状態像の変化が示されていた。

地域ブロック外からの入院や入院後の転

院が多いこと、申し立てに至る期間が長いことなど、制度開始時の移行期の現象とおぼしき実態も観察された。医療観察法制度はまだ始まって 2 年未満であり、患者実態をとおして制度運用モニタリングを続けていくことの重要性が再確認された。

## D. 健康危険情報

なし

## E. 知的財産権の出願・登録状況

なし

## F. 謝辞

本報告にあたり、繁忙な病棟での業務のなか協力をいただいた国立精神・神経センター武蔵病院、国立病院機構東尾張病院、国立病院機構北陸病院、国立病院機構さいがた病院、国立病院機構久里浜アルコール症センター、国立病院機構小諸高原病院のスタッフの方々に感謝いたします。

## 参考文献

- [1]入院処遇ガイドライン. 厚生労働省. 平成 17 年 7 月
- [2]疫学研究に関する倫理指針. 厚生労働省. 平成 14 年 6 月

3. 指定通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  
(1)

分担研究者 松原三郎

## 指定通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（1）

分担研究者 松原三郎<sup>1)</sup>

研究協力者 長尾卓夫<sup>2)</sup> 山角 駿<sup>3)</sup> 直江寿一郎<sup>4)</sup> 鹿野亮一郎<sup>5)</sup> 藤村尚宏<sup>6)</sup> 澤 温<sup>7)</sup>

<sup>1)</sup>松原病院 <sup>2)</sup>高岡病院 <sup>3)</sup>花園病院 <sup>4)</sup>旭川圭泉病院 <sup>5)</sup>都南病院

<sup>6)</sup>東京武蔵野病院 <sup>7)</sup>さわ病院

### 研究要旨

指定通院医療機関における各種データ収集分析を行うためには、(I) そのデータの収集方法に関する検討が必要である。さらに、(II) 指定通院医療機関が持つべき機能について検討しておくことが極めて重要である。

(I) 指定通院医療機関からのデータの収集方法では、(1) 国の指示により、通院対象者に関する情報を強制的に報告される方法。(2) 指定通院医療機関間の連携により、種々のデータを自主的に持ち寄り代表例を集積分析する方法。前者については、強制的な報告義務を負わせることは困難であり、保険請求時にシートとして報告させ、同時に研究班にも報告させる。このことについては、ガイドラインでの説明を行う。後者では、実際には数回にわたって行われているが、特徴的な例しか把握できず、全体の把握し統計的な分析をすることは困難である。

(II) 指定通院医療機関がもつべき機能に関する研究では、指定通院医療機関に対して行われたアンケート調査の結果をもとに、研究協力者同志で検討・意見交換を行った。平成19年2月22日に「民間病院における医療観察法のあり方について」と題して研究協力者が参集し、データの比較検討を行った。検討結果の主たるものは以下の通りであった。

(1) アウトリーチ機能に関する問題：指定通院医療機関においては、70%を民間精神科病院が占め、しかも、比較的大規模（300床以上）の医療機関が多かった。このような医療機関では、医師数が6名以上と多だけでなく、配置されている訪問看護師や精神保健福祉士の数も多く、アウトリーチ機能が比較的整備されている場合が多い。他方、公的病院では訪問看護の実施率は低く、あってもその配置人数は少ない。(2) 業務負担に関する問題：指定通院医療機関に期待される業務に比して配置できる人員は少なく、またそれに見合った報酬が得られていない。例えば、多職種チーム会議、ケア会議への出席など。(3) 通院治療プログラムが未整備の問題：通院対象者への治療プログラムは、指定入院医療機関でのそれと比較すると大きな差がある。対象者個々の状況を把握しながら、病識獲得、内省、自主的な治療の取り組み、さらには、症状コントロール等のプログラムを用意する必要がある。(4) 社会復帰施設・地域住民が十分にこの法律を理解していない問題：地域で対象者が生活する場合に、社会復帰施設や周囲の地域住民の理解は欠かせない。ところが実際には、その理解が十分でなく、このために偏見差別を受けることが少なくない。

## A. 研究目的

「心神喪失等医療観察法」では、本法による医療が適切な治療の効果を上げているか否かを的確に把握する必要がある。この分担研究では、通院処遇をうけている対象者に関して調査を行なう。実際には、通院対象者ならびに指定通院医療機関について、(1) データ収集の方法に関する検討。(2) 通院医療における指定通院医療機関が置かれている状況、ならびに、通院対象者の問題を検討する。

## B. 研究方法

いずれも、日本精神科病院協会政策委員会「心神喪失者等医療観察法検討部会」において、部会委員を中心として検討を重ねたものである。

(1) データ収集の方法と、その収集上の問題については、研究代表者が行なっているデータ収集に協力することを目的として、種々の意見が前記部会内で議論された。その内容をまとめ報告する。

(2) 指定通院医療機関運営上の問題点、ならびに、通院対象者に関する問題点については、先に行なわれた指定通院医療機関に対して行なわれたアンケート調査の結果をもとに、前記部会委員が中心となって、その内容の分析を行なって、指定通院医療機関の機能の改善に具するように分析検討を行なった。

(倫理面への配慮)いずれの研究会においても、参加者においては守秘義務を持つものだけに限り、また、同時に個人の情報に関する資料については、会において検討が終わった後には、その資料を回収し破棄した。

## C. 研究結果

I. データ収集上の問題点に関する研究部会委員の意見を集約すると以下の通りであった。

(1) データ収集上の最も大きな問題点は、本

方における審判が非公開を原則としており(法31条)、さらに、記録又は証拠物(鑑定書)については「閲覧又は謄写することができない」(法32条)と規定されていることにある。同様に、指定通院医療機関で行なわれている医療又は生活支援の状況を把握することは、強制的な権限が及ばないこともあり、データ収集については極めて困難をきたす。

(2) これに比して、保護観察所が行なっている生活環境調査や、その後の生活環境の調整(生活支援)では、社会復帰調整官からの報告を全て集計して把握している。

(3) 指定通院医療機関側では、通院処遇者に関する正確な把握すら行なうことができず、結果として、診療報酬請求時に提出する患者シートをもとに集計するしかない。しかし、これについても、「記載内容が煩雑すぎる」との医療機関側からの意見が多数出されている。また、社会保険事務局を通じて情報を得ることもほとんど不可能であることから、結果的には、個々の事例を収集することは極めて困難な状況にあるといわざるを得ない。

(4) 結果として、厚生労働省内に、データ集積のための機関を設けて、実際には方向を義務付けるように、ガイドライン上の整備が必要である。

II. 指定通院医療機関ならびに通院対象者の現状に対する調査: 事前に別個の厚生科学研究を利用して行なわれた指定通院医療機関に対するアンケート調査の結果をもとに、前記部会委員による分析・検討を実施した。資料については別紙1に示すとおりである。また、実際には、「民間病院における医療観察法のあり方について」と題した研究会を開催して、分析検討について意見交換を行なった(別紙3)。

(1) アウトリーチ機能に関する問題: 指定通院医療機関においては、70%を民間精神科病院が占め、しかも、比較的大規模(300床以上)の医療機関が多かった。このような医療機関で

は、医師数や PSW の配置が多だけでなく、配置されている訪問看護婦や精神保健福祉士の数も多く、アウトリーチ機能が比較的整備されている場合が多い。また、当該の民間精神科病院では、他方、社会復帰施設についてもグループホーム・ケアホーム、生活訓練施設（旧来型）、福祉ホーム A・B 型（旧来型）、地域生活活動センターなどが多く認められた。これに比較して、公的病院では訪問看護の実施率は低く、あってもその配置人数は少ない。また、社会復帰施設併設の状況も少ない。

（２）業務負担に関する問題：指定通院医療機関では、多くの業務が義務付けられている。多職種チーム会議、ケア会議への出席、さらには、保険診療外の訪問や日常の対象者やその家族との接触も欠かせない。これらの業務をこなす場合には、専門の人員を配置することが必要であるが、期待される業務に比して配置できる人員は少ない、またそれに見合った診療報酬が得られていない。

（３）通院治療プログラムが未整備の問題：通院対象者への治療プログラムは、指定入院医療機関でのそれと比較すると大きな差がある。指定通院医療機関内では、多くの個別プログラムが用意されている。対象者個々の状況を把握しながら、段階的に病識獲得、事件への内省、治療の必要性の理解、症状コントロールプログラム（怒りのコントロール、初期再燃症状のコントロール、対人関係プログラム）さらには、物質依存者や人格障害者への治療プログラムも実施されている。指定通院医療機関では、指定入院医療機関から退院をした場合には、指定入院医療機関で行なわれたこれらのプログラムを受け継ぎ告ぐ形で治療プログラムを実施して行く必要がある。他方、直接通院群では、あらためて、個別プログラムを段階的に実施する必要がある。この時には、強制的な枠組みを利用しながら行なうことは困難であるので、多くの工夫が必要である。しかし、現状ではこれらのプログラムは全く用意されておらず、これか

ら整備を進める問題である。

（４）社会復帰施設・地域住民が十分にこの法律を理解していない問題：地域で対象者が生活する場合に、社会復帰施設や周囲の地域住民の理解は欠かせない。ところが実際には、地域住民についてはこの法の存在そのものを知らないばかりか、精神障害者そのものを危険な存在として位置付ける偏見の立場が見受けられる。また、社会復帰施設で働く職員においても、法による利用が危険な存在であることを意識して、受け入れを拒否する場合が少なくない。これの偏見差別を解消することが重要な課題である。

（５）対象者を入院にすべきか通院にすべきかの問題：指定入院医療機関で治療を受けている対象者においては、精神症状が安定化し、事件への内省が確立し、自らの治療の必要性を正しく認識し、継続的な治療が行なえる状態であれば、通院医療への移行が求められる。しかしながら、審判の段階では、幻覚妄想が消退しただけで、通院の判定が行なわれている事例が少なくない。特に「社会復帰要因」として「リスクアセスメント」を利用することが極めて重要である。別紙 2 には、当院で入院治療を行なった措置入院事例に関する検討結果を示している。過去 10 年間に 39 名の措置入院患者があり、このうち 22 名（56%）が重大な他害行為に該当している。23.8%が現在も入院中（他の入院形態へ以降は 19%）。退院した患者では、9.8%が再入院、通院継続 19%、通院中断 33.3%、転院 14.3%であった。再入院と中断を含めると 43.8%が中断となっている。さらに、同様な他害行為については 19%において行なわれている。このような中から、共通評価項目を再調査してみると、幾つの特徴が示される。社会復帰不良群では、共通評価項目では、「精神症状」「内省・洞察」「現実的計画」が全ての例に共通し、さらに「衝動コントロール」「コンプライアンス」「生活能力」が 75%に共通している。このように共通評価項目から検討し、いわゆるリスクアセスメン



トを詳細に行なううえで、入院か通院かの検討を行なうことが重要であると思われる。

#### D. 考察

(1) データ収集の問題: 通院対象者について、指定通院でどのような治療が行なわれ、どのような効果を上げているかについて検討することは極めて重要な課題であるにもかかわらず、全ての通院対象者をもれなくデータ収集することは困難である。実際には、法務省から入手したデータをもとに追跡調査を行なうようにかなりの努力が行なわれているが、全例を把握することはできていない。今後は、厚生労働省から直接にその内容を把握する必要がある。

(2) 指定通院医療機関の機能に関する分析: 指定通院医療機関が不十分なスタッフのもとで対象者の治療と管理にあたっている実態が明らかになった。特にアウトリーチ機能として重要な訪問看護スタッフが、不足しており、訪問看護も週 1 回に満たないところが半数以上を占める。これら、アウトリーチに関わるスタッフの増員が急務である。

(3) 指定通院医療機関では、事例が増えるに従って、かかわるスタッフの加重が多くなり、そのための援助が急務である。

(4) 通院医療での治療プログラムの整備を今後行なって行く必要がある。

(5) 地域住民や社会復帰施設職員への啓発的な事業が必要である。

(6) 対象者を通院処遇にすべきか、入院処遇にすべきかの判定では「共通評価項目」を利用した「リスクアセスメント」が重要な判定の基準になるものと思われる。

#### E. 結論

(1) データ収集では困難をとまなうので、今後は、ガイドライン上に記載のうえ、行政が直接に収集に関与することが必要である。

(2) 指定通院医療機関では、訪問看護師などアウトリーチとして重要なスタッフ数が不足

しており、早急な改善が必要である。

(3) 対象者が複数となった時点で、指定通院医療機関の職員の加重は著しい。このために、専門スタッフを増員できるように医学管理料を増額する必要がある。

(4) 対象者の判定を通院にすべきか、入院にすべきかについては、「共通評価項目」を重視した「リスクアセスメント」が重要である。

#### F. 健康危険情報

特になし。

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

- 1) 医療観察法の概要と精神科医療に与える影響. 精神保健福祉法の最新知識改訂版 中央法規 2007. 発刊予定
- 2) 医療観察法における指定通院医療機関の役割と課題. 弘文堂. 2007 発刊予定
- 3) 指定通院医療機関の課題と薬物療法～民間病院の立場から～. 臨床精神薬理学 10(5). 2007. 4 予定
- 4) 「医療観察法」における通院医療と高齢者. 老年精神医学雑誌 18(5). 2007.5 予定

##### 2. 学会発表

- 1) 心神喪失者等医療観察法における鑑定と鑑定入院の状況 第 15 回北陸司法精神医学懇話会 2006. 7. 8 金沢
- 2) 医療観察法の現状と課題～精神科病院とのかかわりと問題点～ 第12回精神科救急・急性期看護学会 2006. 9. 15 神戸
- 3) 民間精神科病院からみた医療観察法の問題点 第34回日本精神科病院協会精神医学会 2006. 11. 17 津

#### H. 知的財産権の出願・登録状況 (予定を含む)

##### 1. 特許取得

なし

##### 2. 実用新案登録

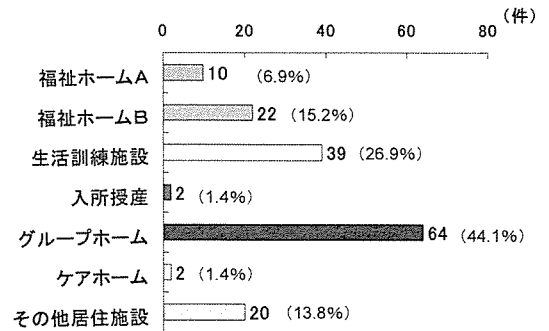
なし

3.その他  
なし

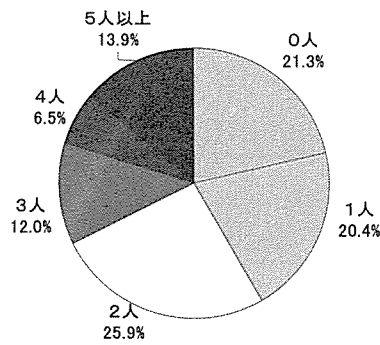
指定通院医療機関の機能と通院対象者の状況

松原三郎(松原病院)  
(平成19年3月吉川班資料)

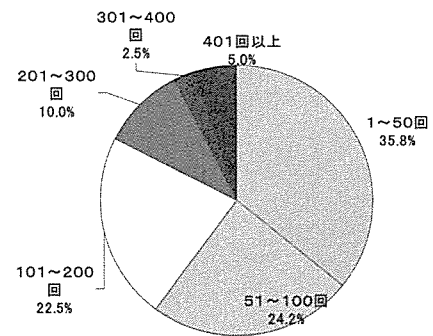
居住施設の運営(回答88件)



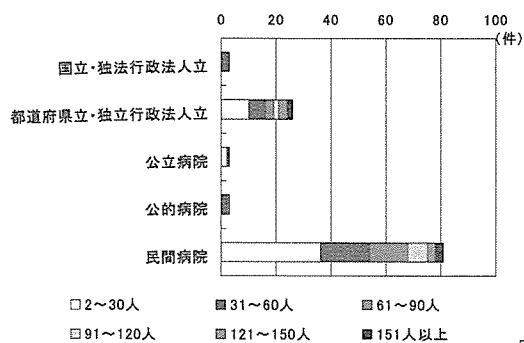
訪問看護の看護師数(回答108件)



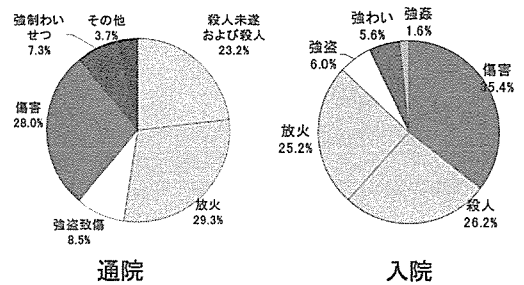
1ヶ月の訪問看護実施の総数(回答120件)

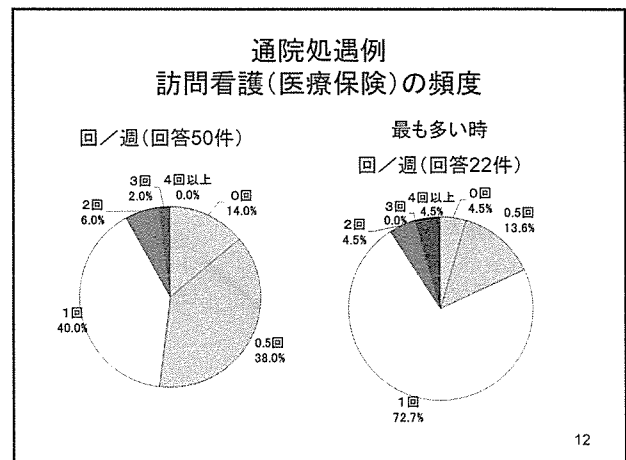
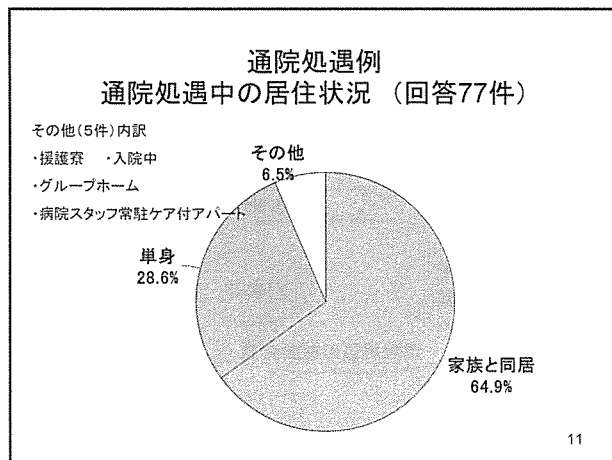
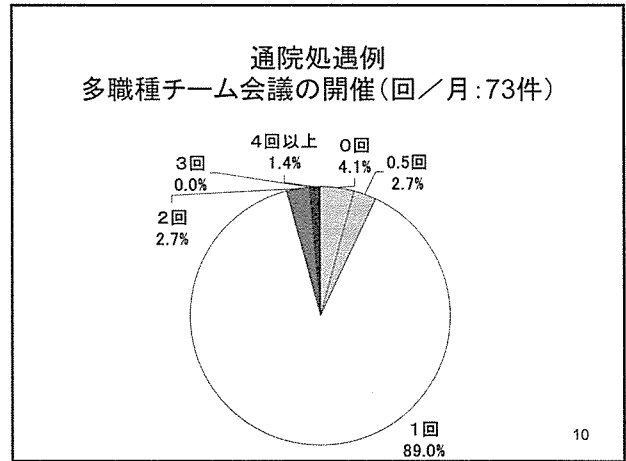
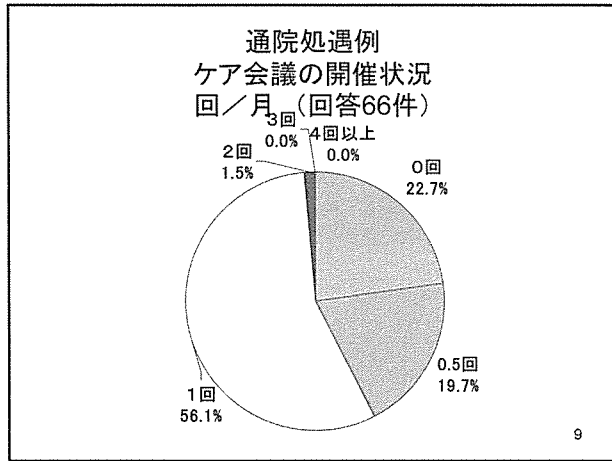
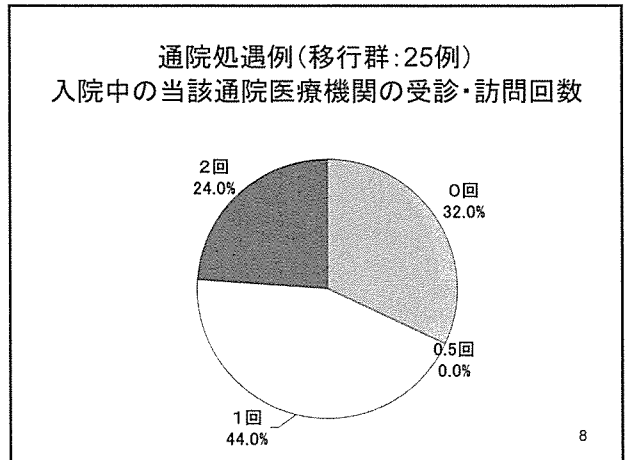
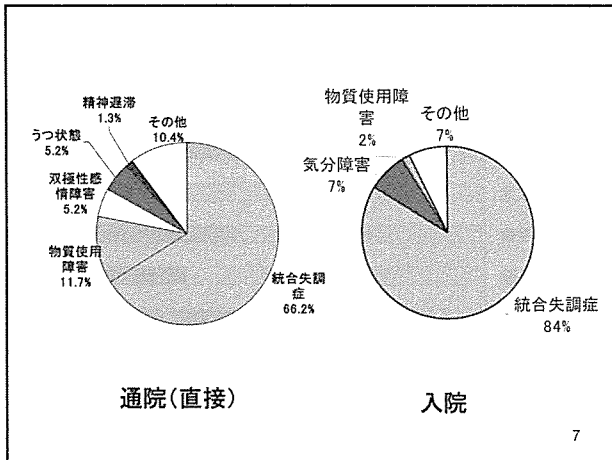


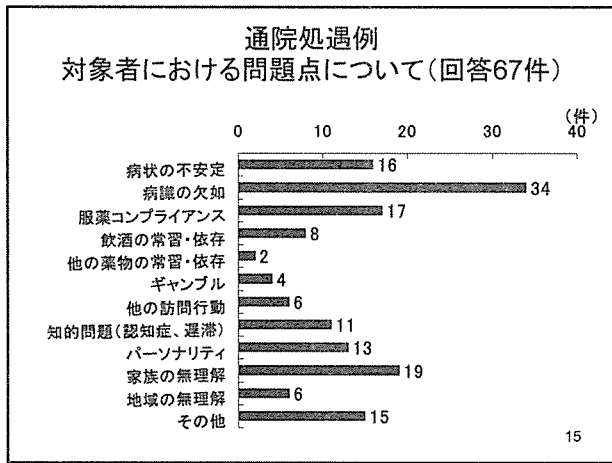
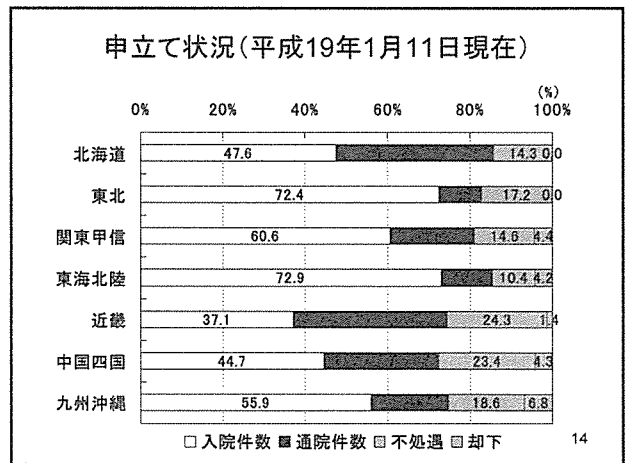
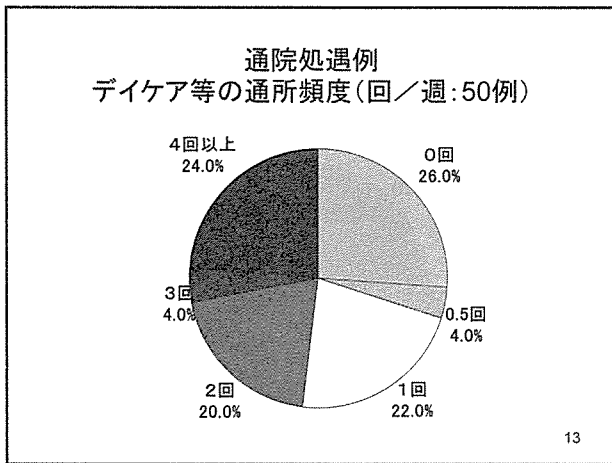
訪問看護を受けている患者実数(月平均 人)  
(民間と公的)



対象行為



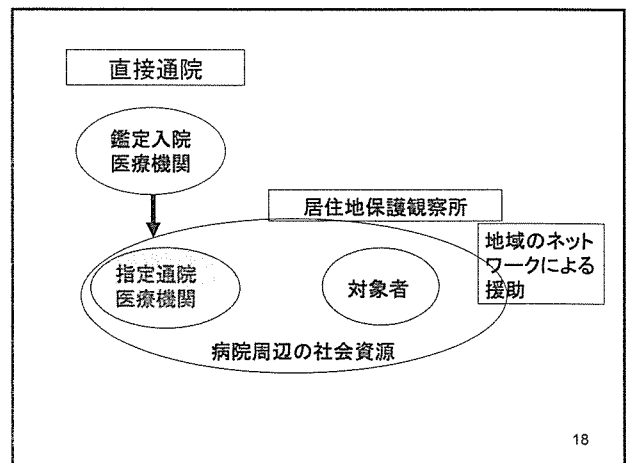
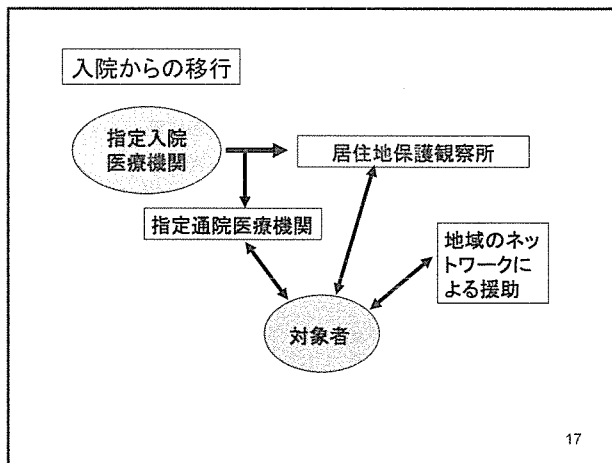


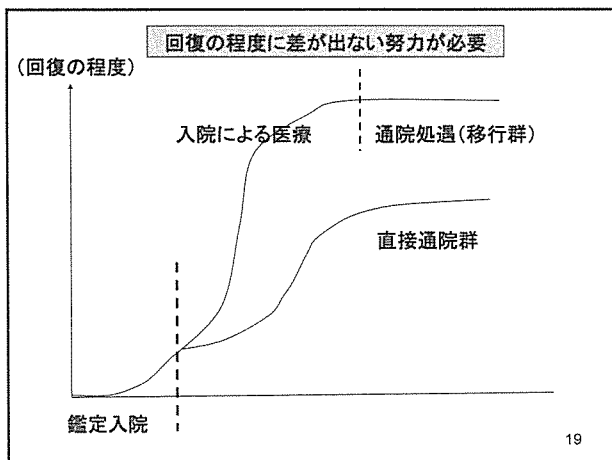


別紙 2

## 通院か入院かの問題

16





- ### 通院・入院の判定
1. 単に幻覚妄想が消滅・減弱しただけで通院として良いのか？ 病識が欠如し、再燃例が多い→リスクセサメント、時間軸による評価。
  2. 社会復帰要因が不足しているため、整うまでの間、精神保健福祉法入院→その多くが長期化している→受け入れ側の拒否的要素、本人側の精神症状・生活障害の要素、病院単独の力では長期化し易い。
  3. 本来の診断上の問題(人格障害、広汎性発達障害、物質使用障害、認知症など)
  4. 併存障害(非社会性など人格障害、アルコール。覚せい剤依存)
- 20

### 当院における過去10年間の措置入院患者(1)

- ・ 調査期間:平成8年1月～平成17年10月
- ・ 年間平均3.9名(SD2.33)／433床
- 【男女比】3:1 【診断】統合失調症圏-81.0% 人格障害-9.5% 薬物依存-9.5%

重大な他害行為は22名、全措置入院患者の56.4%

21

### 当院における過去10年間の措置入院患者(2)

- ・ 退院後、43.7%が通院中断。12.5%が再入院
- ・ 対象行為の再発率 19.0%。

22

### 結果(1) 社会復帰困難群の共通評価項目

症例	対象行為	退院後の経過	通院開始時の2点項目
A	暴行、強制わいせつ	暴力再発頻回、入退院繰り返す	精神病症状、非精神病性症状、内省・洞察、生活能力、衝動コントロール、ストレス、現実的計画、コンプライアンス
B	暴行	通院中断後再措置	精神病症状、非精神病性症状、内省・洞察、衝動コントロール、個人的支援、ストレス、物質乱用、現実的計画、コンプライアンス、治療・ケアの継続性
C	傷害	問題行動(暴力等)頻回、再措置	精神病症状、内省・洞察、衝動コントロール、個人的支援、ストレス、物質乱用、現実的計画、コンプライアンス
D	傷害	通院中断後再犯	内省・洞察、生活能力、ストレス、物質乱用、現実的計画、コンプライアンス、治療・ケアの継続性 23

- ### 鑑定のあり方への提言
1. 比較的簡単な簡易鑑定  
本格的責任能力鑑定は例外的
  2. この法律による鑑定
    - ①責任能力鑑定・治療反応性について、十分に検討する。
    - ②この法律による鑑定は個人ではなく鑑定チームで行えるようにすべきである。
    - ③このために、鑑定入院医療機関の指定は限定的にする。
- 24

平成 19 年 2 月 22 日

厚生労働科学研究「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」(研究代表者 吉川和男)

分担研究「指定通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 松原三郎)

研究会「民間病院における医療観察法のあり方について」

日時 平成 19 年 2 月 22 日 (10 時～14 時) (於: JAL シティ 田町)

次第

1. 医療観察法の実施状況報告
2. 通院医療等研究会開催報告
3. 指定通院医療機関に関するアンケート調査報告
4. 判定医等人材養成研修会
  - ・平成 19 年度開催予定
  - ・人材養教材集の進捗状況
5. 医療観察法実施上の問題点について
  - (1) 申し立ての問題
    - ・申し立てが遅れる例
    - ・明らかに申し立ての必要がない例
    - ・措置入院の方が優れている例 (自殺を目的とした放火)
  - (2) 鑑定の内容に関する問題
    - ・物質関連障害の責任能力判断の問題 (物質使用時、フラッシュバック時、持続性幻覚妄想状態)
    - ・高次脳機能障害 (アスペルガー) と統合失調症の混在
    - ・精神遅滞と急性一過性精神病性障害
    - ・認知症におけるせん妄状態
  - (3) 通院か入院かの判断
    - ・通院医療機関の力による差
    - ・再燃・再犯のリスクに基づく対応

## 6. 行われようとしている種々の対応策

- (1) 法務省への申し入れ
- (2) 通院・入院の判定基準の再検討
- (3) 鑑定事例を教材集に入れる
- (4) 厚労省が企画している、精神鑑定検討会（全国 7 箇所）
- (5) 中島班のアンケートに対する協力
- (6) 通院中の各種のプログラムの作成
  - ・心理教育
  - ・再燃予防
  - ・人格障害例
  - ・物質依存例
- (7) 指定通院医療機関の強化策
  - ・要望書の提出
  - ・全国指定通院医療機関連絡協議会の設立

## 7. その他



3. 指定通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  
(2)

研究報告者 美濃由紀子

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

指定通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（２）  
—国立精神・神経センターによるデータ収集と質的データの分析結果から—

研究報告者 美濃 由紀子 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 研究員

**研究要旨：**

本研究報告では、Ⅰ．国立精神・神経センターにおいて開発したデータベースシステムを活用した指定通院医療機関よりデータ収集を行う方法に関する検討、Ⅱ．診療記録等（各種シート）から得られた情報より、指定通院医療機関における医療の現状、利点・課題を明らかにすることを目的とした。

Ⅰ．データ収集を行う方法に関する検討では、データ収集上の問題として〔研究協力を得ることへの困難さ〕、データ解析上の問題として〔各種シートの記述内容の曖昧さと作成様式の違い〕、調査遂行上の問題として〔データベースシステムの普及の困難さ〕の３つがあげられ、次年度の課題が明確となった。

Ⅱ．指定通院医療機関 15 施設、25 事例の診療記録を質的に分析した結果、通院医療における利点や課題点として以下の 6 項目が導き出された。

利点としては、〔危機的状況の早期発見と介入〕、〔多職種チーム医療による多角的なケア実践〕の 2 項目が抽出された。

課題点としては、〔地域との連携体制構築とマネジメント〕、〔治療プログラムの実施と内省への取り組み〕〔訪問看護における役割の明確化〕、〔データベースシステムの改変と現状把握のための研究活動の推進〕の 4 項目が抽出された。

**研究協力者：（五十音順）**

岩成秀夫（神奈川県立精神医療センター 芹香病院）

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）

佐野雅隆（早稲田大学）

田中一宏（医療情報システム開発センター）

富田拓郎（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）

松原三郎（松原病院）

吉川和男（国立精神・神経センター精神保健研究所）

## 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）による通院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な課題である。

『指定通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（1）』（松原）では、Ⅰ．通院医療機関ならびに通院対象者について正確な動向を把握するための研究データ収集のための方法に関する検討、Ⅱ．指定通院医療機関に対するアンケートによる現状調査を実施し、「心神喪失者等医療観察法検討部会（日本精神科病院協会政策委員会）」において、分析・検討した結果等を報告した。

そこで、本報告においては、Ⅰ．国立精神・神経センターにおいて開発したデータベースシステム（岡田ら）を活用した指定通院医療機関よりデータ収集を行う方法に関する検討、Ⅱ．診療記録等（各種シート）より得られた情報をもとに分析・検討を行うことによって、指定通院医療機関における医療の現状、利点・課題を明らかにすることを目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 調査対象

調査の対象は、全国の指定通院医療機関のうち、本研究に対して協力が得られた20施設とした。

### 2. 調査依頼の方法

調査依頼の手順としては、①まず、全国自治体病院協議会精神科特別部会と日本精神科病院協会において、指定通院医療機関

に対して本研究への協力要請を依頼すると共に説明会を行い、両協会としての賛同を得た（岩成、松原）。②次に、平成18年7月7日現在において、指定済みの全国の指定通院医療機関30施設に対して、吉川、岩成、松原による調査協力依頼文章と当研究班にて開発したデータベースシステム（Ver.1.2）CDを郵送することによって、現場でのシステムの活用と研究協力を呼びかけた（岡田、美濃、野口、佐野、田中）。③平成18年7月～12月の期間に、上記30施設の担当者に対して、施設訪問や電話によるやりとりを重ね、本研究の説明と調査協力を依頼したところ、20施設において研究同意を得た（美濃、野口、岡田）。

なお、上記③にあたっては、本研究は、疫学研究倫理指針を遵守し実施しているが、同指針を所轄している厚生労働省の担当者によれば、資料提供者側と研究者側（国立精神・神経センター精神保健研究所）の両者が倫理審査委員会による審査を受ける必要があるとされることから、資料提供側の施設においても、倫理審査委員会による審査による承認を得るというプロセスを踏んだ。

### 2. データ収集方法

データとなる多職種チーム会議シート等の診療記録の作成・保存状況は、各施設によって異なっており、5つのパターンがみられた。具体的には、①当研究班開発によるデータベースシステムを使い記録作成している場合、②エクセルで各種シートを作成し電子データとしてPCに保存している場合、③紙のシートに手書作成している場合、④独自の記録用紙を作成している場合、

⑤上記データが混在している場合があった。このように、データの蓄積方法が多様であったことが、データ収集と解析の作業を複雑にする原因となった。

データ収集にあたっては、事前に各担当者に記録用紙の作成・保存状況（上記①～⑤）を確認した上で、それぞれのパターンにあったシート提出方法と個人情報の削除方法を提示し、発送を依頼した。

### 3. 調査対象期間及びデータ収集期間

調査対象期間は、処遇決定年月日から平成18年12月までの診療記録分とした。

データ収集期間は、平成19年1月15日～3月9日であり、収集されたデータは15施設25事例（全例通院継続中）、シートの毎数は延べ406枚であった。

### 4. 解析方法

平成18年度は、通院処遇が開始されて間もないことから、収集された事例数は25と少なく、量的に十分に評価・分析することには限界があった。

このことより、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こととする。

また、25事例のテキストデータより、危機介入、問題となっていること、援助の内容に関する記述を抜き出し、質的・帰納的アプローチにより分析を行い、現状の把握に努めた。

## C. 研究結果

I. データベースシステム（以下、当システムとする）を活用したデータ収集上の問

## 題点に関する検討

1) データ収集上の問題点としては、[研究協力を得ることへの困難さ]、があげられた。医療観察法制度におけるモニタリング研究の調査対象は、全国の指定通院医療機関であるが、本研究への研究協力と情報提供においては、あくまでも対象施設側の任意に拠るものである。そのため、研究協力を得るためのプロセスに相当の時間をさく必要があった。

今回（平成18年度）の調査協力を依頼する対象施設数は、平成18年7月の時点で指定通院医療機関となっていた30施設であった。この際、研究担当者（美濃ら）が中心となって、電話や訪問にて研究協力を得ていたが、上述の通り相当の時間をかけた複雑な作業をする必要があった。一方、次年度（平成19年度）の研究対象とする施設は、248施設（平成18年12月9日現在、厚生労働省資料より）であり、8倍近く増加した数となる。したがって、今年度と同様の人的資源と予算でデータ収集を実施、完了することは、事実上、不可能であると思われる。

次年度以降の研究実施にあたっては、研究協力依頼に関する手続きの簡略化などの方法や方法論の検討を十分に行っていく必要がある。また、研究協力に携わる人的資源の増員、予算の増額などについても課題として検討していく必要がある。さらに、先の松原の報告にもあるように厚生労働省が積極的にデータ収集に関与していくことが必要であると思われる。