

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

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

分担研究者 町野 朔

平成19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                            国際医療福祉大学

医療観察法制度モニタリングの分析結果に対する法的妥当性評価に関する研究

分 担 研 究 者            町 野   朔                            上智大学

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19年度報告では、同法制度の施行から2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205例となった。急性期の期間は、平均値、中央値とも3ヶ月を超えていた。また、回復期は、ガイドラインでの目安の期間よりも早い。社会復帰期についてはほぼ同じか、若干短くなっている。退院例については、早期退院事例が含まれることから、ガイドラインより短い在院日数となっていた。

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）

佐野雅隆（早稲田大学大学院）

野口博文（日本精神保健福祉連盟）

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）

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 7 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 205 事例である。

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<sup>[1]</sup>」に提示されている。

### 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。

さらに、質問紙での調査を行うことにより、情報を補完することとした。

#### 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<sup>[2]</sup>」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と質問紙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、入院が比較的長期にわたる事例、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19年7月15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。24ヶ月までに205事例が登録された。その中で、45例については転院、退院、処遇終了が確認された。

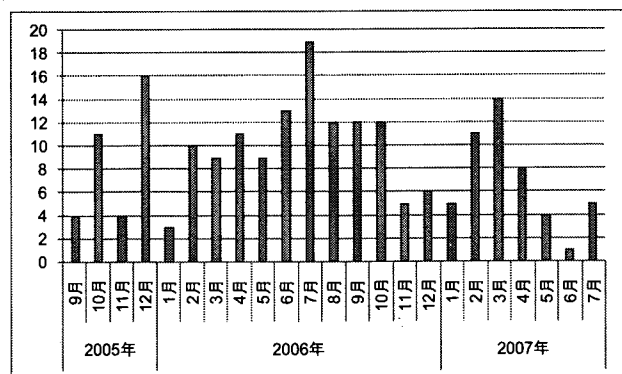


図1：対象者の推移

### 2) 性別と年齢

本調査で対象とした205事例の性別は、男性161例(78.5%)、女性44例(21.5%)であった。(図2)

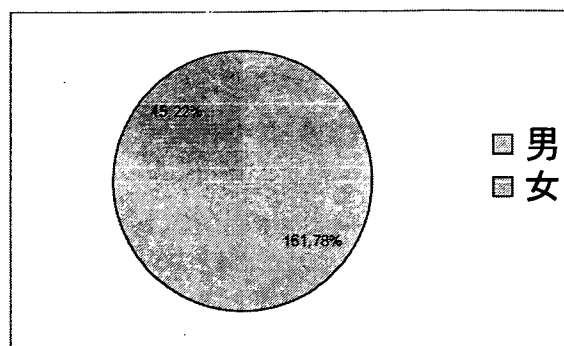


図2：対象者の性別

また、平均年齢は40.9歳(SD=12.3 中央値=39 最小値=21 最大値=91 最頻値=29)であった。(図3)

年齢分布では、30歳代の対象者が最も多い。また、60歳以上の対象者が16例(7.4%)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。

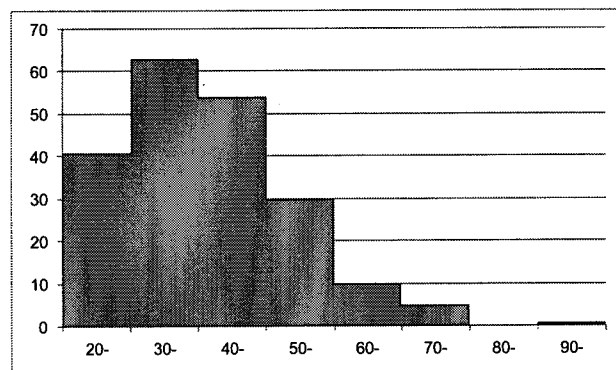


図3：対象者の年齢

### 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68例(33.2%) 中部53例(25.9%)、近畿24例(11.7%)、九州・沖縄16例(7.8%)、中国・四国15例(7.3%)、東北・北海道7例(3.4%)、不定14例(6.8%)、不明8例(3.9%)であった。(図4)

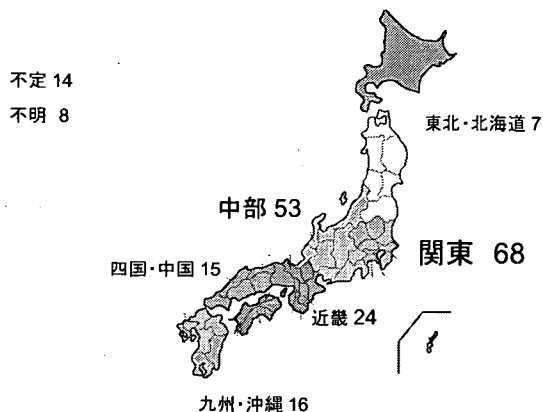


図 4： 対象者の所在地

#### 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、祖父母・親 99 例 (48%)、兄弟・配偶者・子 53 例 (26%)、市町村長 22 例 (11%)、不明 31 例 (15%)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 33 例 (15%)、なし 152 例 (75%)、不明 19 例 (9%)であった。(図 6)

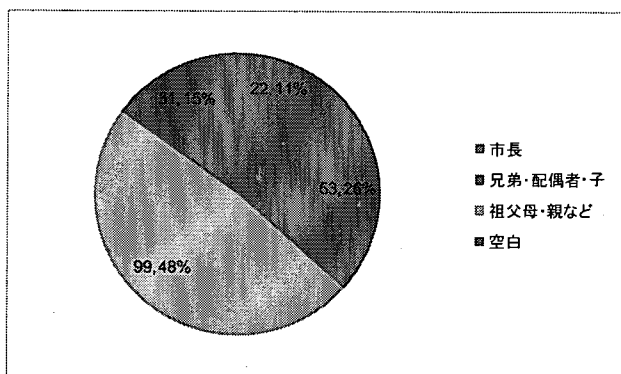


図 5： 保護者の状況

#### 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 162 例 (70.2%)、なし 28 例 (20.6%)、不明 14 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 27 例 (13%)、なし 174 例 (85%)、停止中 1 例 (1%)、不明 3 例 (1%)であった。(図 8)

精神保健福祉手帳の所有については、あり 25 例 (12%)、なし・記載なし 178 例 (87%)、不明 1 例 (1%)であった。(図 9)

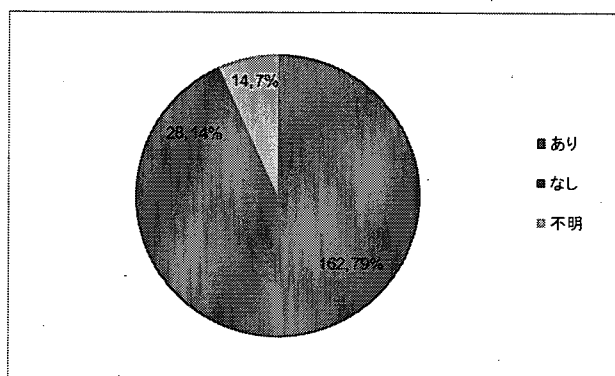


図 7： 障害年金の受給状況

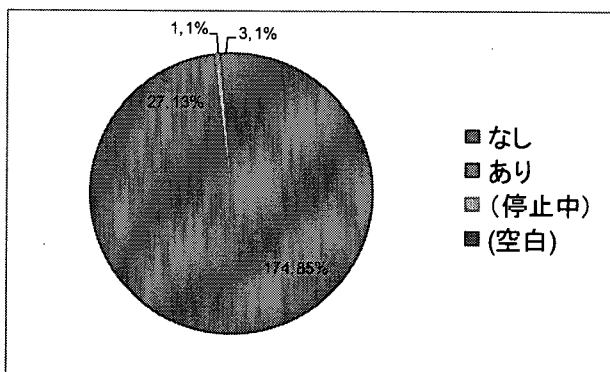


図 8： 生活保護制度の利用

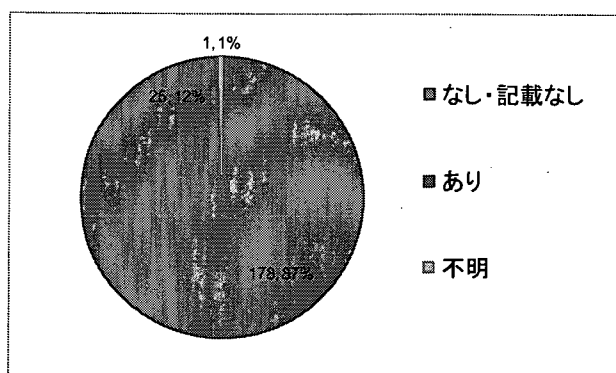
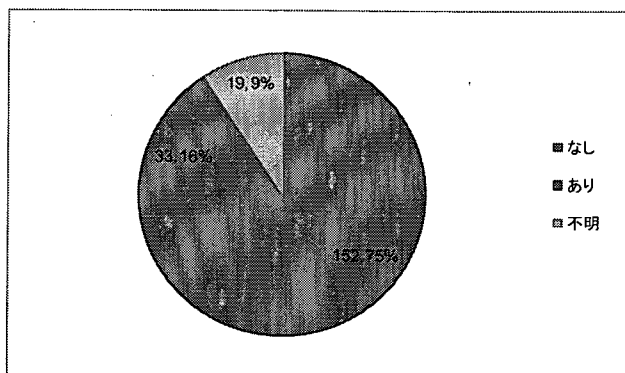


図 9：精神保健福祉手帳の所有

### 3. 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]156例(76%)、気分[感情]障害[F3]14例(7%)、精神作用物質使用による精神及び行動の障害[F1]8例(4%)、症状性を含む器質性感情障害[F0]1例(1%)、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(1%)、成人の人格及び行動の障害[F6]1例(1%)、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(1%)、不明 23例(11%)であった。(図 10)

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7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いる。

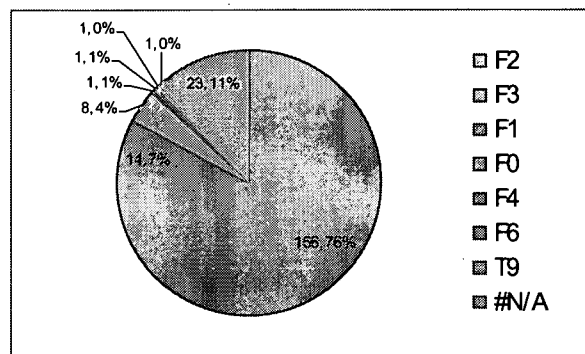


図 10：主診断名

### 4. 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)67例(33%)、放火・放火未遂 51例(25%)、殺人・殺人未遂 47例(23%)、強制猥褻・強制猥褻未遂 14(7%)、強盗・強盗未遂 11例(5%)、不明 15例(7%)であっ

た。(図 11)

男女別には、図 12 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。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。

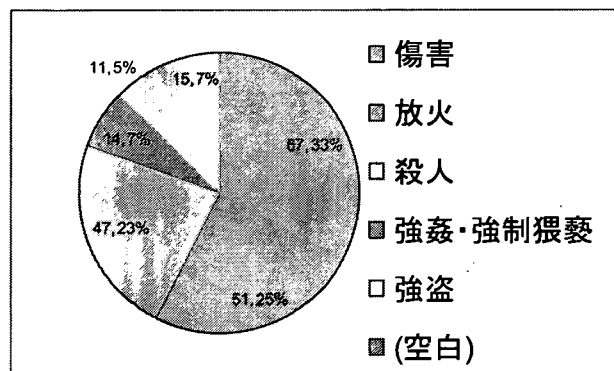


図 11：対象行為

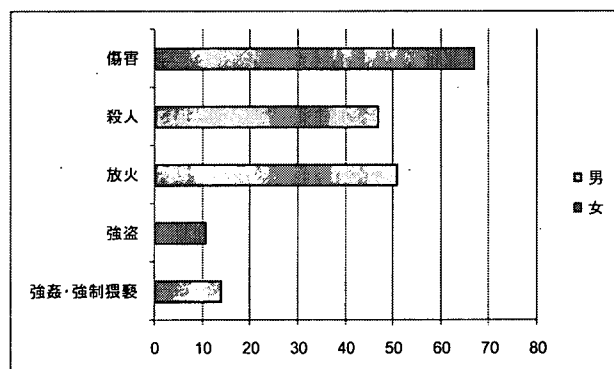


図 12：男女別の対象行為種別

#### 2) 鑑定入院の期間

鑑定入院の期間については、10-19日間 1例(0.6%)、20-29日間 12例(7.1%)、30-39日間 35例(20.7%)、40-49日間 23例(13.6%)、50-59日間 36例(21.3%)、60-69日間 18例(10.7%)、70-79日間 15例(8.9%)、80-89日間 29例(17.2%)であった。(図 13)

平均期間は 54.9 日 (SD=19.5 中央値=56 最小値=16 最大値=89 最頻値=30)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。

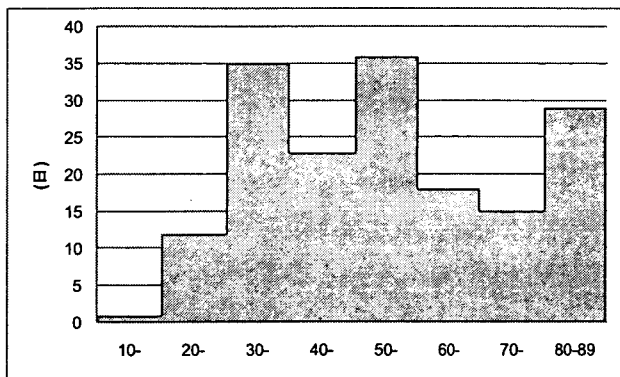


図 13：鑑定入院の期間

### 5. 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 205 例の共通評価項目の平均値を算出した(表 1、図 14～30)。

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、これは入院後の詳細なアセスメントの結果、より高得点となる場合もあるため、0.2 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。

「非社会性」については、問題なしと明らかに問題ありのどちらかに分かれることが多く、「衝動コントロール」については、軽度の問題が多数を占めている。

表 1：共通評価項目の平均値

精神医学的要素	
精神病症状	1.51
非精神病症状	1.59
自殺企図	0.42
個人心理的要素	
内省・洞察	1.43
生活能力	1.54
衝動コントロール	1.23
対人関係的要素	
共感性	0.87

非社会性	0.80
対人暴力	1.02
環境的要素	
個人的支援	0.88
コミュニティ要因	0.94
ストレス	1.58
物質乱用	0.20
現実的計画	1.73
治療的要素	
コンプライアンス	1.29
治療効果	0.76
治療・ケアの継続性	1.62

(0=問題なし 1=軽度の問題 2=明らかに問題あり)

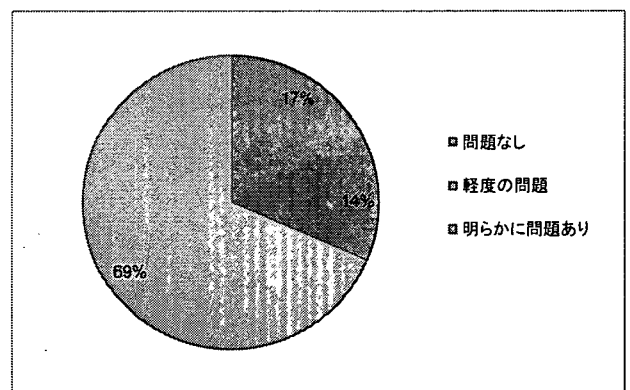


図 14：精神病症状

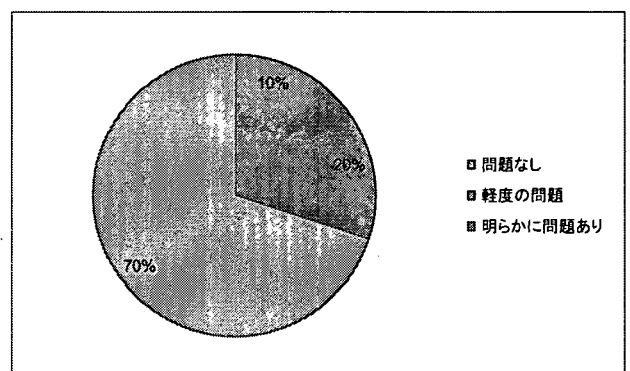


図 15：非精神病症状

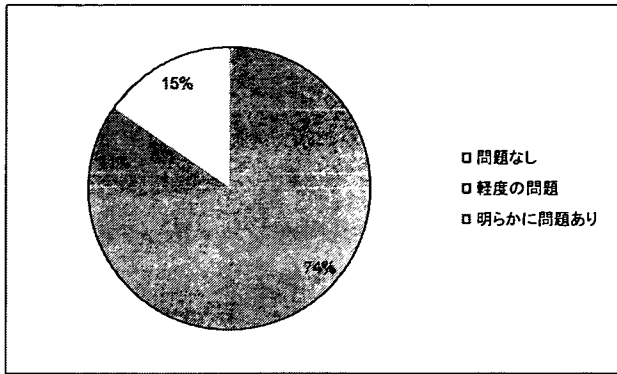


図 16 : 自殺企図

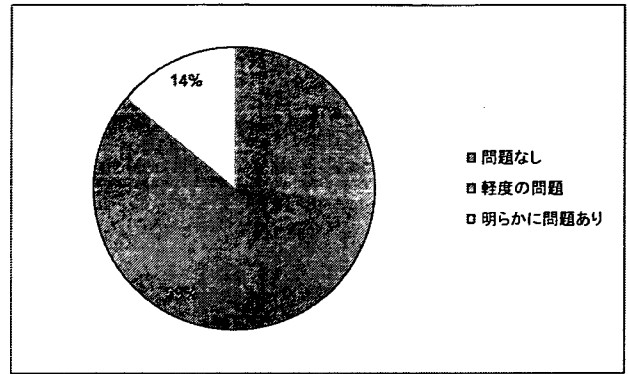


図 19 : 衝動コントロール

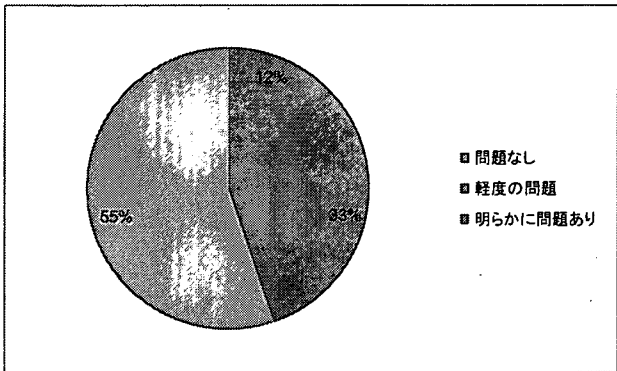


図 17 : 内省・洞察

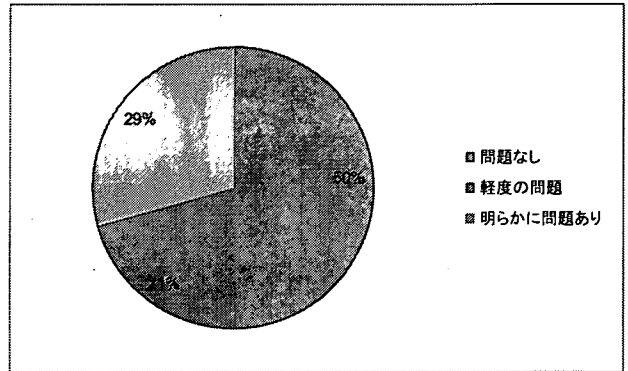


図 20 : 共感性

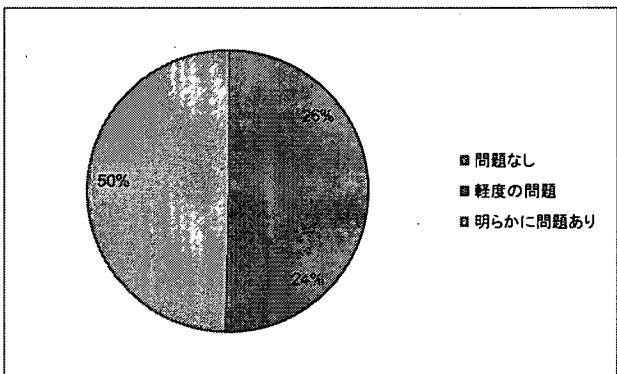


図 18 : 生活能力

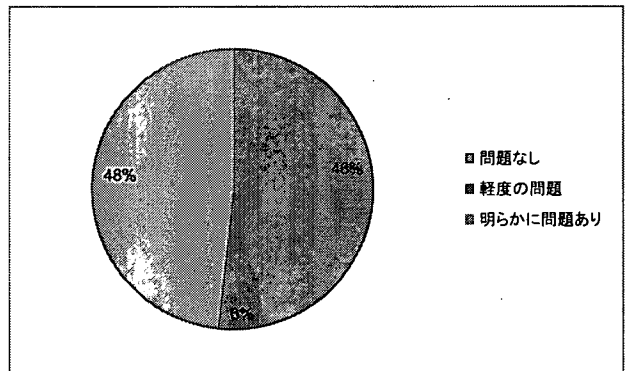


図 21 : 非社会性

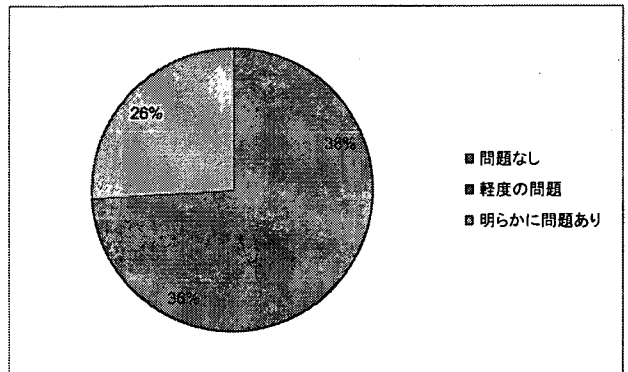


図 22 : 対人暴力



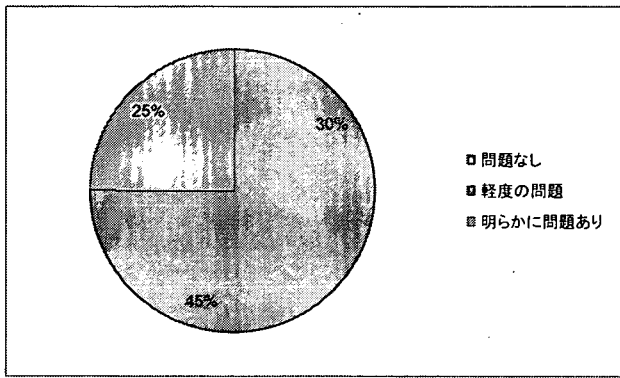


図 23 : 個人的支援

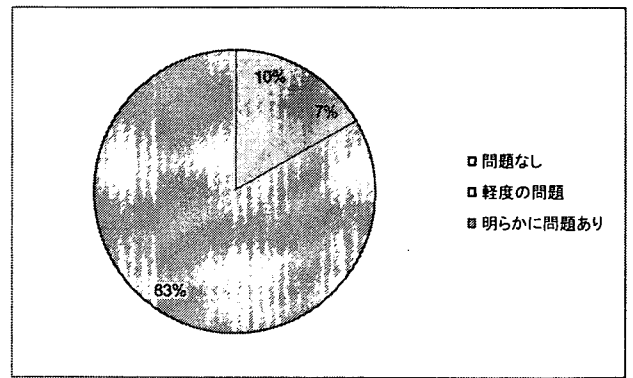


図 27 : 現実的計画

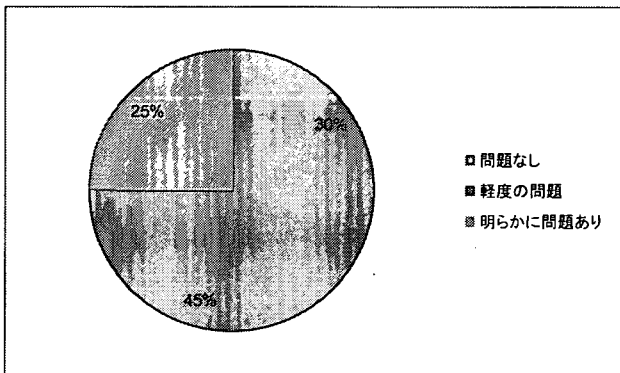


図 24 : コミュニティ要因

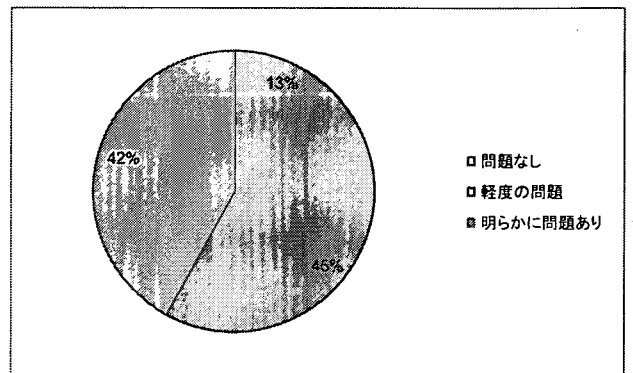


図 28 : コンプライアンス

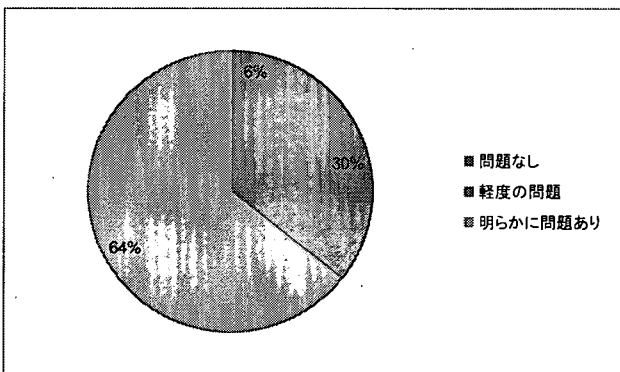


図 25 : ストレス

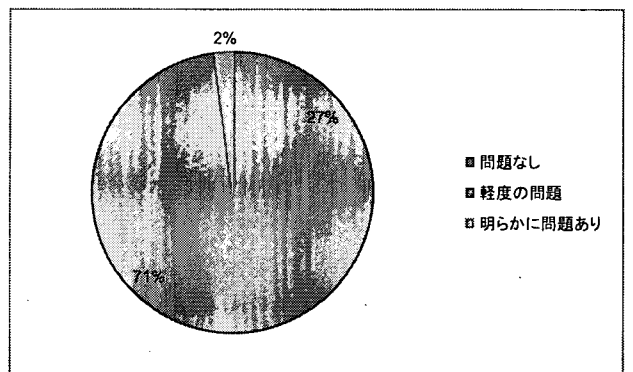


図 29 : 治療効果

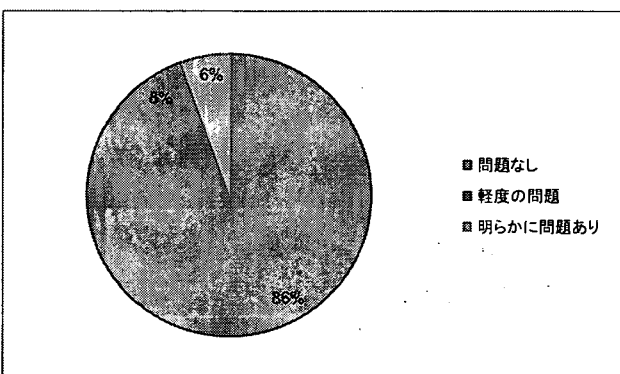


図 26 : 物質乱用

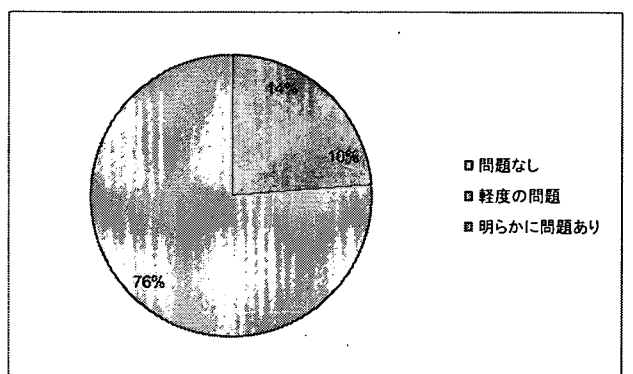


図 30 : 治療・ケアの継続性

## 2) 生活機能評価

入院処遇開始時点での 205 例の生活機能評価の平均値を算出した(表 2、図 31~55)。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。

表 2：生活機能評価の平均値

セルフケア	
身体的快適性の確保	1.20
食事や体調の管理	1.59
健康の維持	1.81
調理	2.00
調理以外の家事	1.53
社会的な適性	
敬意と思いやり	1.55
感謝	1.02
寛容さ	1.88
批判	1.91
合図	1.46
身体的接触	1.30
対人関係	
対人関係の形成	1.92
対人関係の終結	1.91
対人関係における行動の制御	1.99
社会的ルールに従った対人関係	1.91
社会的距離の維持	1.95
日課の遂行	
日課の管理	1.57
日課の達成	1.63
自分の活動レベルの管理	1.88
ストレスとその他心理的欲求への対処	
責任への対処	2.03
ストレスへの対処	2.44
危機への対処	2.49
経済活動	

基本的な経済的取引	1.27
複雑な経済的取引	2.34
経済的自給	2.65

(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)

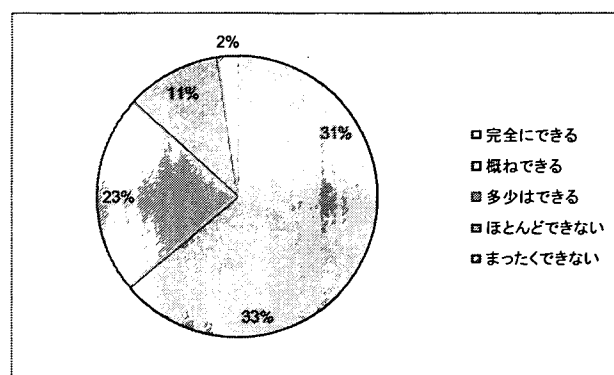


図 31：身体的快適性の確保

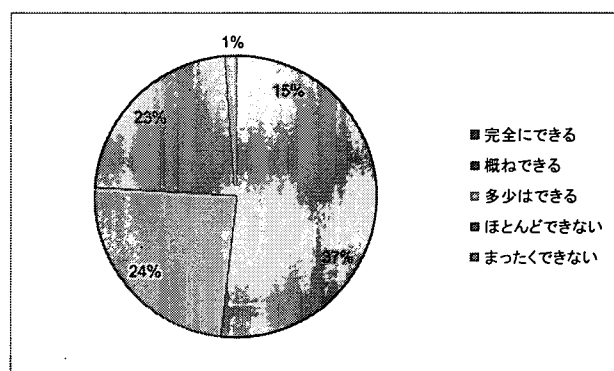


図 32：食事や体調の管理

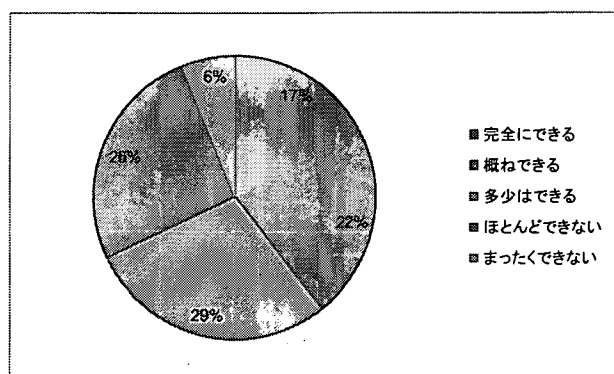


図 33：健康の維持

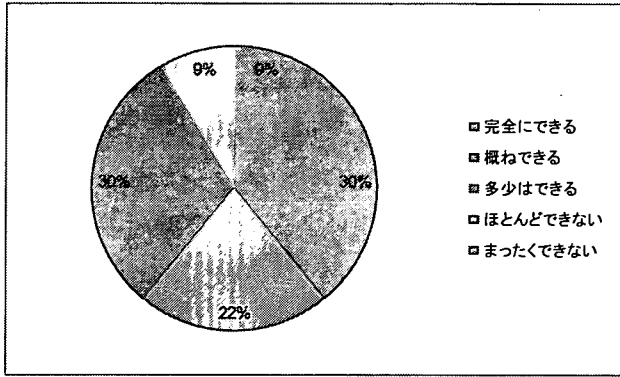


図 34 : 調理

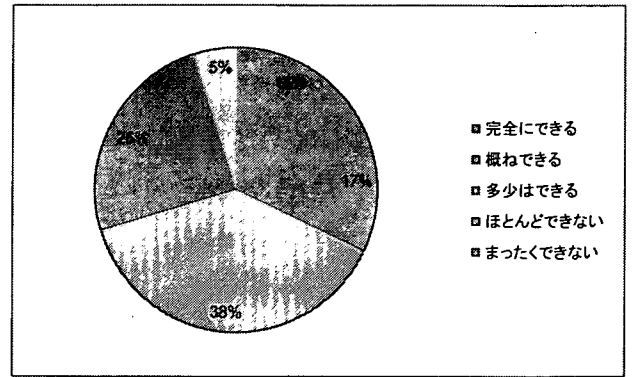


図 38 : 寛容さ

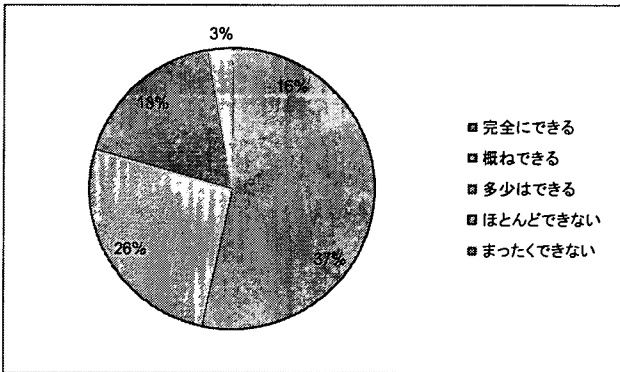


図 35 : 調理以外の家事

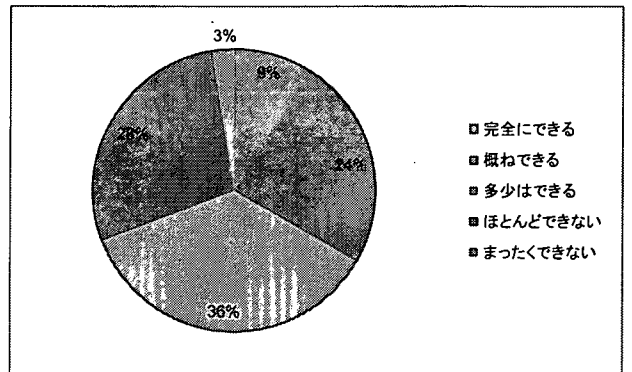


図 39 : 批判

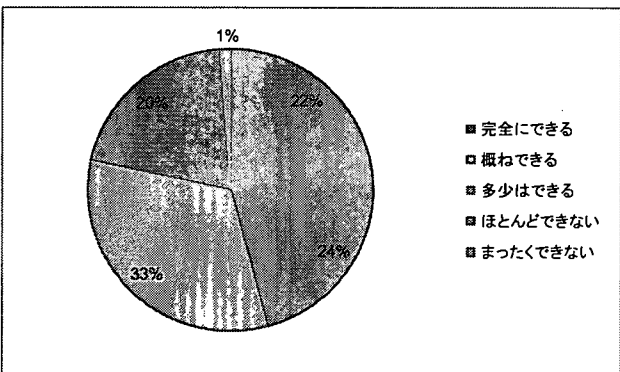


図 36 : 敬意と思いやり

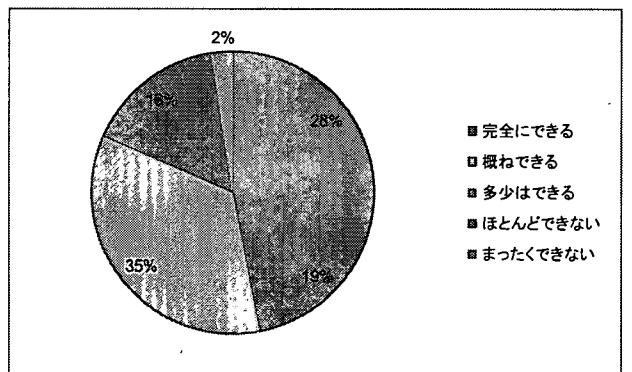


図 40 : 合図

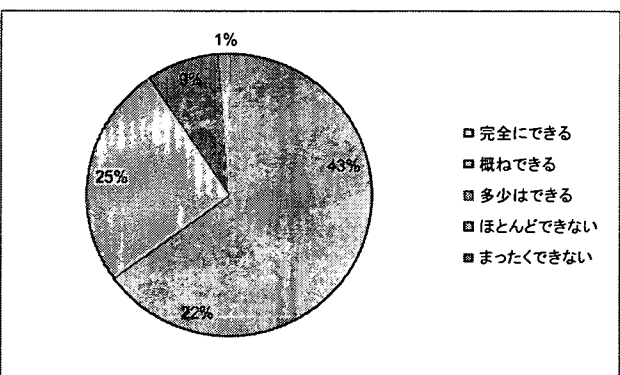


図 37 : 感謝

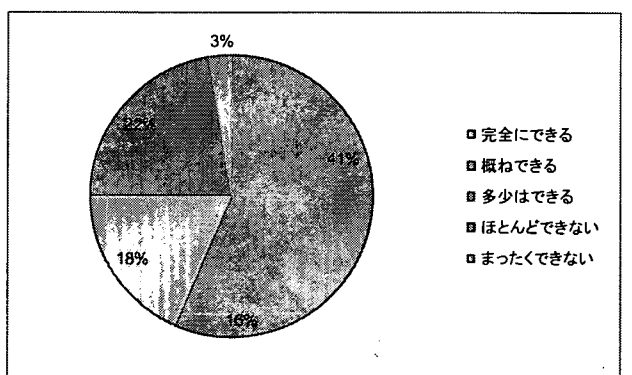


図 41 : 身体的接触

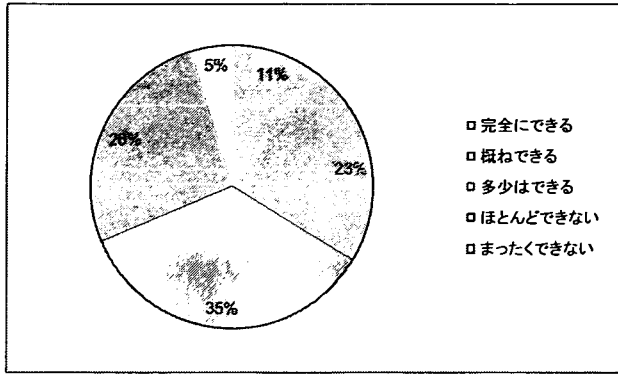


図 42 : 対人関係の形成

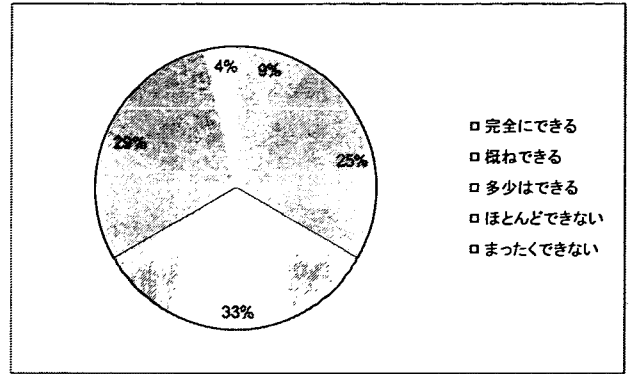


図 46 : 社会的距離の維持

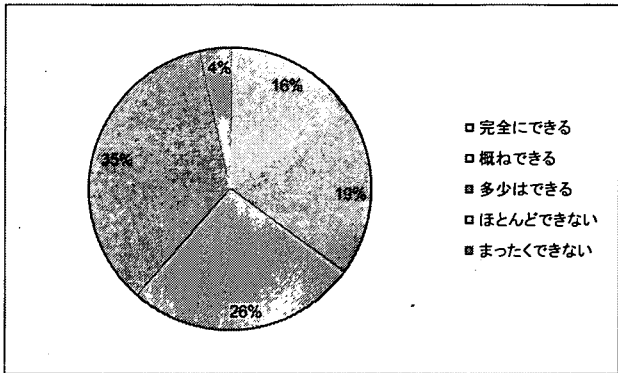


図 43 : 対人関係の終結

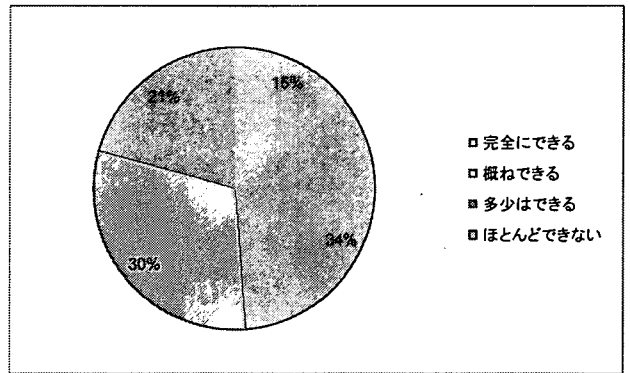


図 47 : 日課の管理

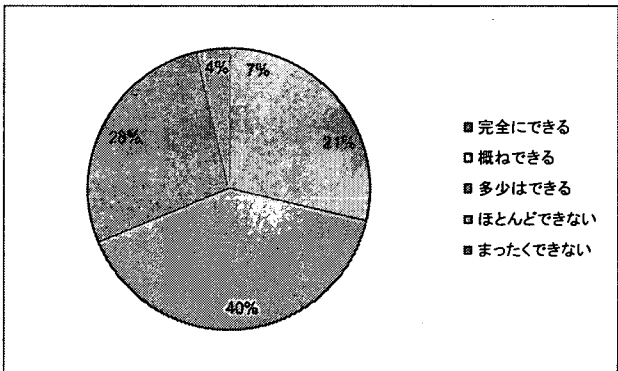


図 44 : 対人関係における行動の制御

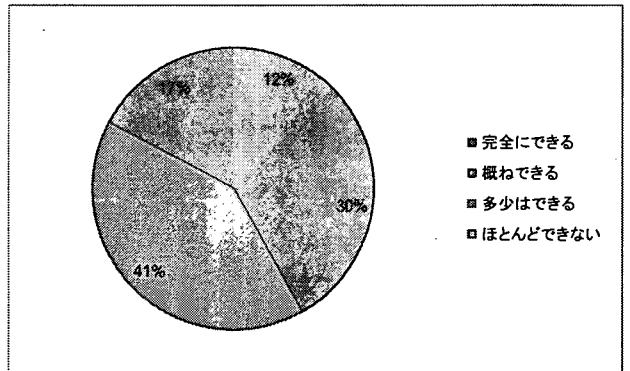


図 48 : 日課の達成

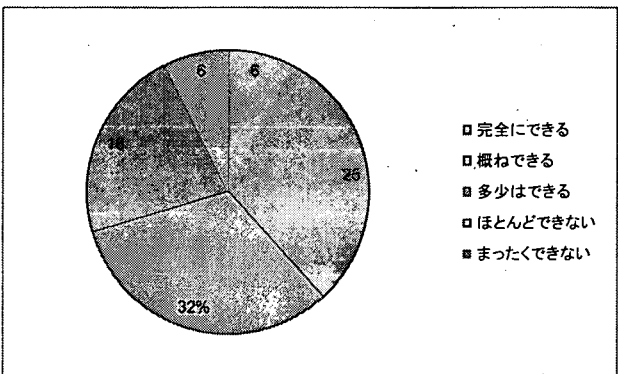


図 45 : 社会的ルールに従った対人関係

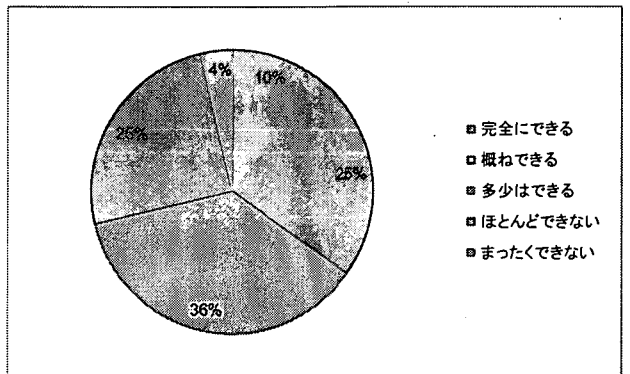


図 49 : 自分の活動レベルの管理

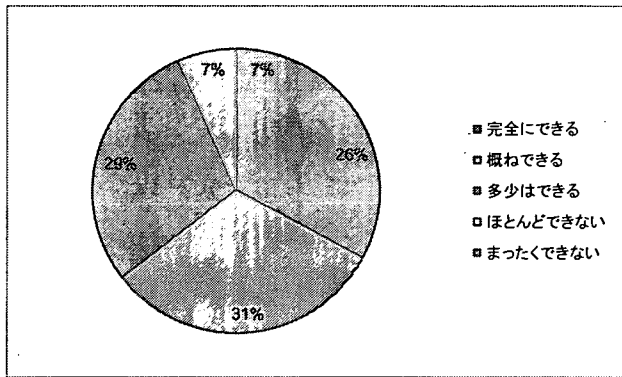


図 50 : 責任への対処

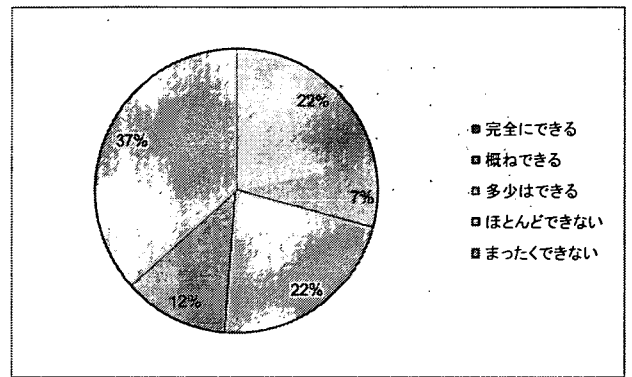


図 54 : 複雑な経済的取引

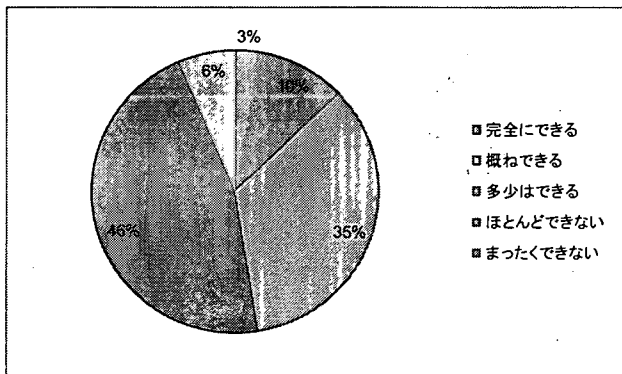


図 51 : ストレスへの対処

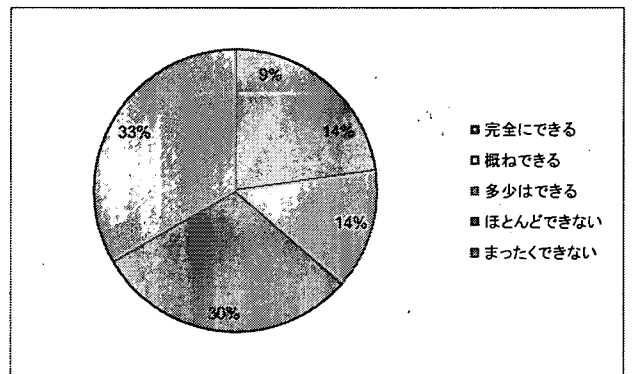


図 55 : 経済的自給

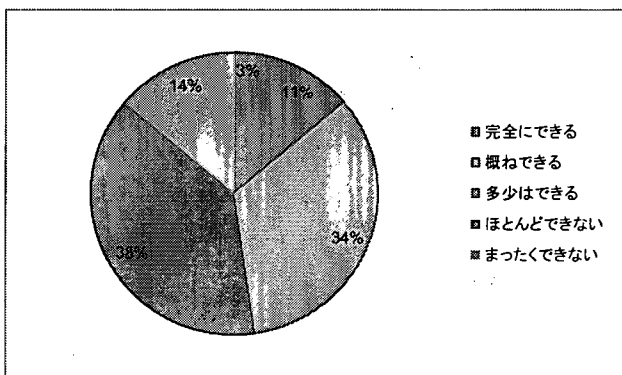


図 52 : 危機への対処

### 3) 環境要因

入院処遇開始時点での 205 例の生活機能評価の平均値を算出した(表 3、図 56~61)。特に「自然環境・地域環境」、「態度」において平均値が 2 点を上回っており、環境要因が阻害的に働いている傾向を見ることができる。

表 3 : 環境要因の平均値

生産品と用具	2.02
自然環境・地域環境	2.27
支援と関係	1.91
態度	2.16
サービス・制度	1.79

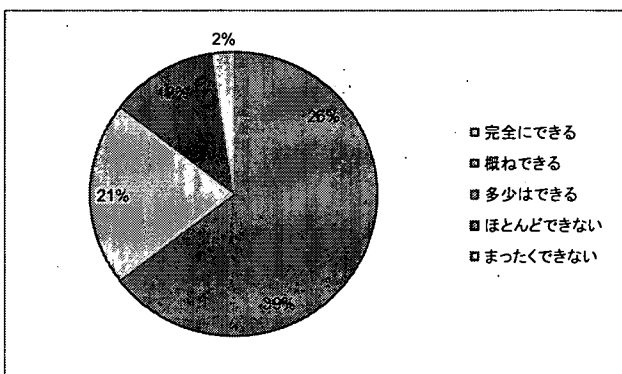


図 53 : 基本的な経済的取引

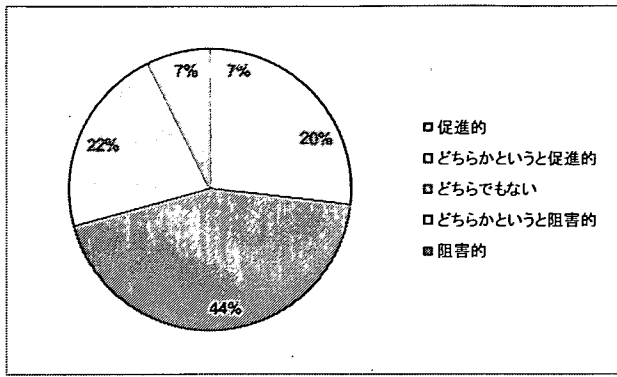


図 56 : 生產品と用具

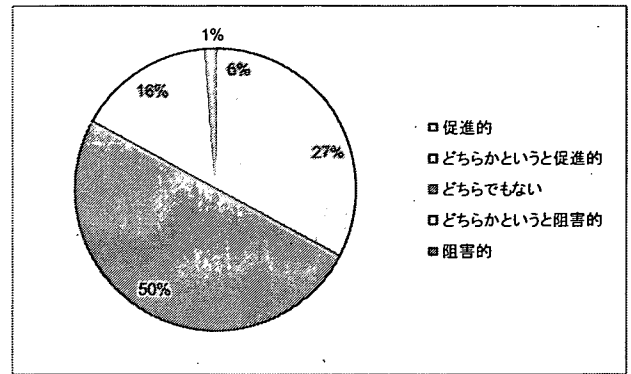


図 60 : サービス・制度

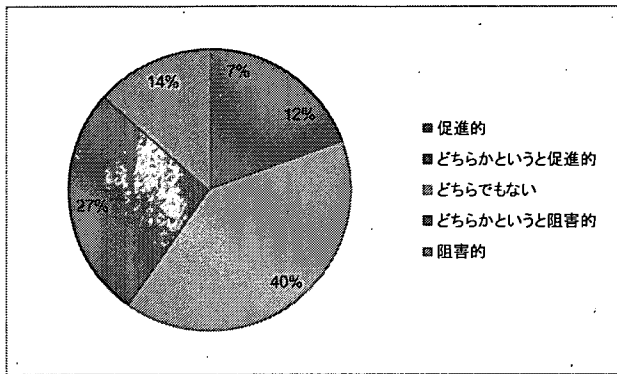


図 57 : 自然環境・地域環境

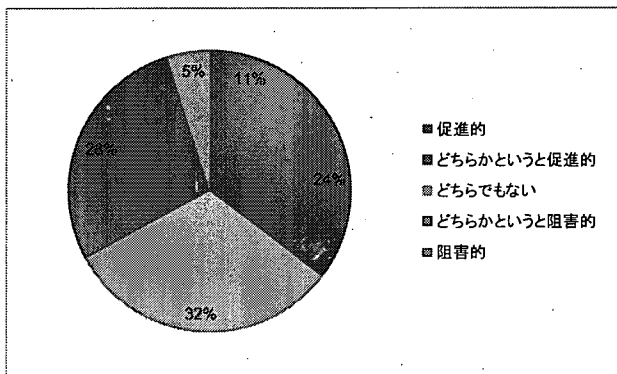


図 58 : 支援と関係

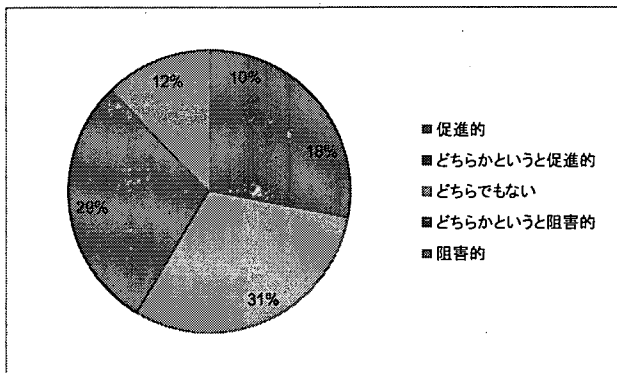


図 59 : 態度

## 5. 治療の経過

### 1) 治療期の推移

急性期を終了している事例は 179 事例、回復期を終了している事例は 96 事例であった。入院処遇を終了して通院処遇にいたった事例は 31 例であった。

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 106.4 日 (SD=61.6 中央値=92 最小値=24 最大値=427 最頻値=111) となった。(図 61)

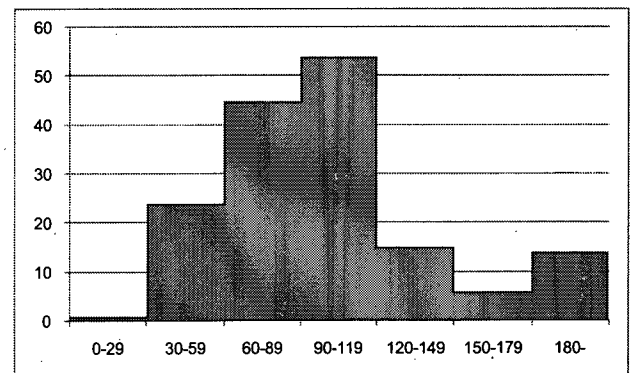


図 61 : 急性期の期間

また、回復期については、平均 179.4 日 (SD=84.9 中央値=178 最小値=25 最大値=394 最頻値=91) となった。(図 62)

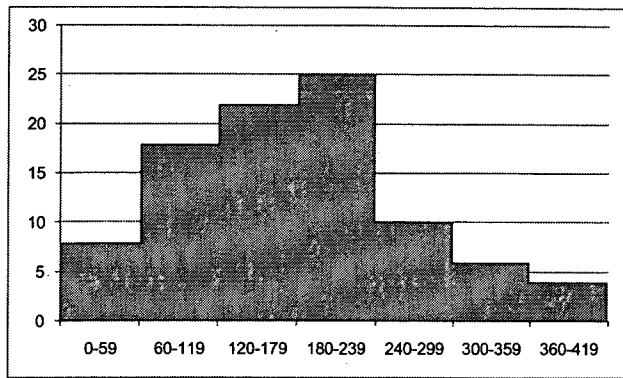


図 62：回復期の期間

社会復帰期については、平均 172.2 日 (SD=82.8 中央値=156 最小値=74 最大値=447 最頻値=146)

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。急性期については、平均値、中央値とも 3 ヶ月を超えていた。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。社会復帰期についてはほぼ同じか、若干短くなっていることがわかる。現在社会復帰期を終了している事例は早期退院事例が含まれることから、期間については今後も継続的なモニタリングが必要であろう。

## 6. 退院事例の分析

転院、退院、処遇終了が確認された 45 例のうち、入院処遇を終了して通院処遇にいたった事例は 31 例であった。指定入院医療機関へ転院した事例は 8 例であった。処遇終了となったのは、6 例であった。

### 1) 年齢と性別

入院処遇を終了して通院処遇にいたった事例である 31 例について、性別は、男性 24 例、女性 7 例であった。また、平均年齢は 45.0 歳 (中央値=43.5 最小値=23 最大値=91) であった。

### 2) 退院後の帰住地ブロック

退院後の帰住地ブロックは、関東 12 例、中部 7 例、近畿 6 例、中国・四国 3 例、九州・沖縄 2 例、東北・北海道 1 例であった。

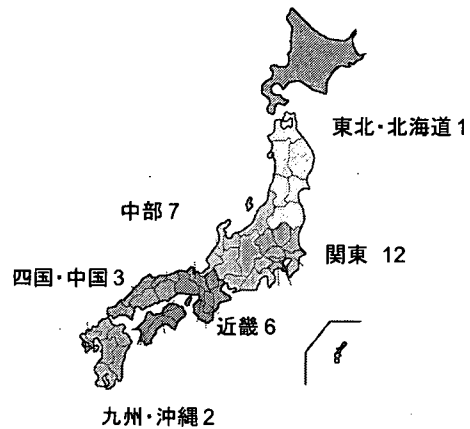


図 63：帰住地ブロック

### 3) 精神科疾患

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] 23 例、気分 [感情] 障害 [F3] 4 例、精神作用物質使用による精神及び行動の障害 [F1] 3 例 (4%)、症状性を含む器質性感情障害 [F0] 1 例 (1%) であった。

### 4) 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、傷害 (致死) 8 例、殺人・殺人未遂 8 例、放火・放火未遂 7 例、強制猥褻・強制猥褻未遂 3 例、強盗・強盗未遂 2 例であった。

### 5) 治療期の推移

入院処遇の日数は、平均 342.4 日 (SD=99.8 中央値=352 最小値=189 最大値=589) となった。(図 64)

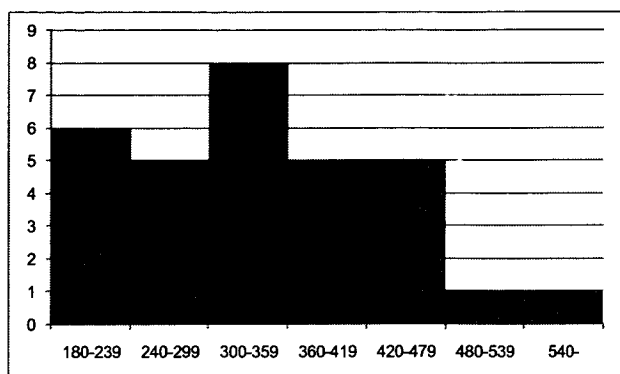


図 64：入院処遇の日数

急性期は平均 73.2 日 (SD=26.6 中央値=70 最小値=34 最大値=138) となった。

また、回復期については、平均 114.9 日 (SD=54.9 中央値=111.5 最小値=25 最大値=210) となった。

社会復帰期については、平均 172.2 日 (SD=82.8 中央値=156 最小値=74 最大値=447 最頻値=146) 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。現時点での退院事例は早期退院事例であることを考えると、急性期、回復期については、処遇対象者全体よりも短い期間となっており、ガイドラインよりも短くなっているのは自然と考えられる。今後は、長期入院例を考慮して在院日数や各治療期の分析が必要であろう。

#### 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中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. 医療観察法制度における心理社会的介入のモニタリングに関する研究

分担研究者 菊池安希子

平成 19 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

医療観察法制度における心理社会的介入のモニタリングに関する研究

分 担 研 究 者 菊池 安希子 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨：

今回の本分担研究では、心神喪失者等医療観察法指定入院医療機関における心理社会的介入のモニタリングを行う際に必要な基本データの収集精度を高めることを目的として、「医療観察法モニタリングシステム・基本データ確認シート（入院用）」および「データ補完シート」を作成した。平成 17-18 年度の指定入院医療機関からのモニタリング・データについては、通常診療記録（電子カルテ）中の各種シート等の情報を電子化された形式で収集していたが、データの整理・確認作業が困難な重要項目が存在した。今回作成した書式により、収集データの信頼性と精度を高める効果が期待された。作成した 2 書式のうち、「データ補完シート」を使用して収集した情報の解析結果については別途、「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」で報告される。

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）

佐野雅隆（早稲田大学大学院）

田中一宏（医療情報システム開発センター）

美濃由紀子（国立精神・神経センター精神保健研究所）

指定入院医療機関で蓄積されているモニタリング関連情報については、平成 17-18 年度までに、通常診療記録（電子カルテ）中の各種シート等の情報を、対象者個人を特定できる情報を削除した上で電子化された形式でデータ収集するためのシステムが開発され、収集データの解析結果が報告されてきた。しかしながら、前年度までのデータ収集・解析作業により、情報の整理・確認作業が困難な重要項目が存在することが明らかとなっていた。そこで、本分担研究では、精度が低い（欠損値が多い、推定によってしか得られない等）収集データの中でもモニタリングのために重要な項目を整理し、これを補完するための簡潔な書式を作成することを目的とした。

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）」における専門的医療の向上のためには、本法律において処遇される対象者の属性、処遇の経緯など、指定医療機関における処遇の実態を反映するデータの継続的収集が必要である。

## B. 研究方法

補完シート作成にあたっては、研究協力者ととも、以下の順に作業を進めた：

### 1) 収集すべき項目の選定

モニタリング研究のために、指定入院医療機関において最低限、収集すべき重要情報を検討し、整理した。

### 2) 上記の情報の内、以下の項目を選択した。

- ・ 指定入院医療機関の通常診療録に記入欄が別個に存在しない項目（例：転院先医療機関など）
- ・ 回答の形式の不揃いにより、データ精度が落ちている項目（例：過去の精神科受診歴の入院形態など）
- ・ 自由記載欄から拾い出す方式で収集していたために、データ収集の不確実性の高かった項目（例：他害行為の被害者種別など）

### 3) 2) で選択された項目から、データを補完するためのシートを以下の2種類作成した：①「データ補完シート」②「医療観察法モニタリングシステム・基本データ確認シート（入院用）」

シートが2種類となったのは、データ収集を2段階で行うことが予定されたからである（後述）。

①「データ補完シート」は通常診療録に記入欄の存在しないデータ項目を中心として、優先度の高いモニタリング項目を選択し、A4一枚程度の簡潔な、記入しやすい書式を作成した。②「医療観察法モニタリングシステム・基本データ確認シート（入院用）」を作成する際、指定通院医療機関からのモニタリング・データの精度を上げるために別途作成されている「サマリーシート」と、同じ項目については、回答形式を揃えて作成した。

## C. 研究結果と考察

本研究で開発した指定入院医療機関用の「データ補完シート」および「医療観察法モニタリングシステム・基本データ確認シート（入院用）」を別紙にしめす。

「データ補完シート」の項目としては、最終的に以下の6項目が選択された。

項目①身体疾患等による他院での入院治療

項目②入院の継続

項目③転院日／退院日

項目④転院・退院先医療機関

項目⑤転院・退院後の来住地

項目⑥過去の措置入院

データ収集に際しては、指定入院医療機関のモニタリング研究協力者の負担減をはかるために、今年度は、通常診療録からの電子データ収集の際に「データ補完シート」への記入を依頼した。

この書式を使用して収集した情報の解析結果については別途、「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」で報告される。

今後、「医療観察法モニタリングシステム・基本データ確認シート（入院用）」については、通常診療録から電子化して収集したデータ、および「データ補完シート」から記入可能な項目を入力した後、欠損値となったデータについてあらためて指定入院医療機関に記入を依頼することにより、一層のデータ精度の向上を目指す予定である。

## D. 健康危険情報

なし

## E. 知的財産権の出願・登録状況

なし

# 別紙

指定入院医療機関「データ補完シート」

「医療観察法モニタリングシステム・基本データ確認シート(入院用)」