

最後に、改めて日本の状況を振り返ってみると、日本では触法行為を行った精神障害者に対する処遇システムが異なるために、彼らが精神医療に入ってくる窓口としては、精神科救急が重要な領域である。医療観察法により、触法精神障害者を専門の医療機関で治療することができるようになったが、医療観察法のルートに乗るには触法事件がきちんと立件され検察官が医療観察法に基づいた申請を裁判所に行わなければならない。触法行為を行ったが精神症状のために、(緊急)措置入院などで一般精神科病院へ入院したケースが立件されないまま、精神科病院から普通の患者と同じように退院したり、病院が退院させられないまま抱え込んだりすることは従来よくみられた。しかし、医療観察法施行後も、このようなケースを警察・検察が立件しなければ状況は全く変わらないことになる。専門的な司法精神医療が必要なケースについては、きちんと医療観察法のルートに乗るように、司法関連機関が適切な対応を取ることが望まれる。

また、日本では責任主義が取られているため、触法精神障害者に限定的でも責任能力が認められると犯罪者となり、精神科治療の必要があっても、病院でなく刑務所に拘留される。しかし、刑務所には通常、精神科の専門スタッフはおらず医療的には貧しい環境の中で拘留されている。医療刑務所には精神科医がいるところもあるが、精神科病院と同等の医療を提供できるわけではないだろう。しかし、現状では刑務所から精神科病院への移送はほとんど行われていない。このような状況を踏まえると、刑務所に拘留されている精神障害者に対する精神科医療を向上させるために、刑務所への精神科スタッフの配置あるいは定期的な訪問、刑務所から司法精神科病院への移送などが今後積極的に検討されるべきだろう。

文献：

Gyles, G., Gerda, A. & Kannan, S.B. (2006) Crisis resolution/home treatment teams and psychiatric admission rate in England. *British Journal of Psychiatry*, 189, 441-445.

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）
他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究
分担研究報告書

他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究

分担研究者 岡田 幸之 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門 精神鑑定研究室長

研究要旨：

当分担研究班は平成 19 年度は、厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）においてこれまで行われてきた「責任能力鑑定における精神医学的評価に関する研究」（平成 14、15 年度（分担研究者：森山公夫）、平成 16 年度、17 年度（分担研究者：樋口輝彦）の研究を基礎にして、平成 18 年度にひきつづき「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」を改定、発展させるための作業をおこなった。その作業の要点は以下のとおりである。

- (1) 平成 18 年度版手引きの流布とフィードバックの収集
- (2) 刑事責任能力ビジュアルアナログスケール（CReVAS；クレヴァス）の開発と試行
- (3) 裁判員裁判制度における刑事責任能力鑑定実施にかかる事前検討、および同制度施行にあたっての法曹三者による準備（模擬裁判など）への協力
- (4) 米国精神医学と法学会による責任能力鑑定ガイドラインの翻訳
- (5) 司法精神・心理学的評価ツール（FOTRES）日本語版のスイス・チューリヒ州法務局との共同開発

このうち(1)については、前年度の「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」について鑑定人や法曹からのフィードバックを収集し、裁判員制度での利用を視野にいたした意見も確認した。(2)でCReVASを開発し、実際に医師や法律家を対象にして試行した。試行の段階ではあるが、おおよそ「心神喪失」「心神耗弱」「完全責任能力」の分類のイメージには職種差よりも個人差が大きいことを示唆する知見が得られた。(3)では、平成 21 年度から開始される予定である裁判員制度にむけて、そこで精神鑑定がどのように扱われることになるのか、それはどうあるべきかを班会議で討議し、手引きにも反映させた。また、模擬裁判への鑑定人役として班員が協力し、そこでの経験も同研究にフィードバックすることにした。(4)で、その翻訳を完了し、これを学術専門誌に投稿、全文を掲載することができた。その成果の一部を手引きに反映させた。(5)では、FOTRESの開発者との共同研究に着手し、日本語版開発の許諾を得ることができた。

なお討議にあたっては、東京地方裁判所、最高検察庁の協力を得ることができた。

研究協力者：(五十音順)

安藤久美子 (東京医科歯科大学難治疾患研究所)

五十嵐禎人(千葉大学社会精神保健教育研究センター)

黒田治 (東京都立松沢病院)

高木希奈 (国立精神・神経センター武蔵病院)

樽矢敏広 (国立精神・神経センター武蔵病院)

野田隆政 (国立精神・神経センター武蔵病院)

平田豊明 (静岡県こころの医療センター)

平林直次 (国立精神・神経センター武蔵病院)

松本俊彦 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

協力：東京地方裁判所、最高検察庁

使用とそのフィードバックの収集

- (2) 刑事責任能力ビジュアルアナログスケール (Criminal Responsibility Visual Analogue Scale; CReVAS、クレヴァス) の開発と試行
- (3) 裁判員裁判制度における刑事責任能力鑑定実施にかかる事前検討、および同制度施行にあたっての法曹三者による準備 (模擬裁判など) への協力
- (4) 米国精神医学と法学会による責任能力鑑定ガイドラインの翻訳
- (5) 司法精神・心理学的評価ツール (FOTRES) 日本語版のスイス・チューリヒ州法務局との共同開発

A. 研究目的

本研究班の大目的は、山積する刑事責任能力に関する問題の解決にむけた一助とすべく、責任能力にかんする精神鑑定の標準化を目的とする鑑定書作成の手引きを完成することである。この手引きにそって鑑定作業をすすめることで、鑑定に熟練していない精神科医であっても一定水準以上の鑑定書を作成できる、また熟練している精神科医でも (手引きの書式は採用しないにしても) あらためて自らの鑑定作業を整理しなおすきっかけにすることができる、といったものになることを目指す。

この一貫した目的を達成するためには平成 18 年度版「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」をさらに改定する必要があると考え、その基礎として本年度は以下の 5 種の下位研究を実施した。

- (1) 平成 18 年度版「刑事責任能力に関する精神鑑定書作成の手引き」の流布、

B. 研究方法

協力班員、東京地方裁判所、最高検察庁の討議を行い、また前述(1)~(5)の 5 つの下位研究を実施した。

前述(1)~(5)の下位研究の実施方法は以下の通りである。

- (1) 18 年度版を分担研究者の所属する研究機関のホームページからダウンロードできるようにして、その流布に努めた。

書式を使用し鑑定人やそれを利用した法曹関係者などから感想と意見を聴取した。分担研究者ら自身も精神鑑定で書式を利用し、その長所や短所を確認した。それらの指摘を協議によってまとめ、次年度 (平成 20 年度) に予定されている手引きの改定に反映させることにした。

- (2) 刑事責任能力の「心神喪失」「心神耗

弱」「完全責任能力」の3分類について、精神的な能力を10cmのスケールに落としたとき、どのような間隔で分けるかを確認する評価尺度を作成した。これを刑事責任能力ビジュアルアナログスケール（Criminal Responsibility Visual Analogue Scale; CReVAS、クレヴァス）と呼ぶことにした（添付資料）。

このCReVASを精神科医療関係者、法曹関係者を対象として試行した。

- (3) 裁判員制度における刑事責任能力鑑定について班員による協議をおこなった。

また、裁判員制度の施行準備のために全国で行われている模擬裁判のうち、鑑定事例を扱うケースの鑑定人役の医師として研究班から5名が協力をしてその経験をまとめた。

班員以外の鑑定人役の医師からも意見を聴取するため、メーリングリストでの活動を開始した。

さらに上記模擬裁判の鑑定人役の医師らを対象としたアンケートの作成を最高裁判所との協力によって行った。このアンケートには(2)のCReVASなどを組み込んだ。なお、同アンケートは次年度に最高裁判所を通じて配布回収予定である。

- (4) 米国精神医学と法学会 American Academy of Psychiatry and the Law; AAPLによる鑑定ガイドラインを翻訳して学術専門誌に掲載した。

- (5) 事件の発生にかかるリスクの系統的な評価法としてスイス・チューリヒ州法務局で開発されているFOTRESを

刑事精神鑑定に応用が可能かを検討した。

その作業の初段階として、開発者らのもとを訪問して実際にFOTRESの試用を経験した。さらに開発者らに日本語版の開発の許諾を得て、その作成に着手した。

C. 研究結果

はじめに(1)~(5)の各下位研究の結果を簡単に示す。

- (1) 平成18年度版の流布はホームページを通じるなどしたことに加え、裁判所や検察庁の協力をえて、刑事司法の現場にもこの研究の広報を行った。

その結果、全体として従来、まったく一定の書式などがなかったことに比較して肯定的な感想がほとんどであったが、さらなる改善を求める意見もあった。

そのうち、鑑定書の書式を利用した医師から得られた意見は以下のようなものであった。

- | |
|---|
| <p>① 簡単にはなっているようであるが、とくに半日程度の診察で終えるような「簡易鑑定」を念頭におくと、まだ記載する欄が多いと言わざるを得ない。</p> <p>② 7項目の検討が完全責任能力の方向への判断へ引き寄せがちである。ガイドラインにはそうした使用についての注意書きはあるが、7項目が“独り歩き”することがないか危惧がある。そのような注意がより明確になるようにしたほうがよい。</p> |
|---|

- ③ 鑑定にあたって提供される資料からそのまま書き写すような部分は書式に入れる必要はないのではないか。
- ④ 責任能力の説明に力点を置くことによって相対的に、精神医学的に最も重要な「診断」についての記載をあまり削ることはよくないのではないか。

また、法曹からの意見は以下のようなものであった。

- ⑤ 構造自体はわかりやすいが「医学専門用語」が難しいこと
- ⑥ まだ鑑定書が長いと思われること
- ⑦ 分かりやすくするうえで解説は必要だが、それが冗長さを生みかねないので解決策を模索する必要があること
- ⑧ 分量を短くする必要があるが、あまり短くしすぎると意味が分からなくなってしまうので解決策を模索する必要があること

時期的に裁判員制度の準備と重なったため、とくに「分かりやすさ」「短さ」を求めるの視点からの意見が目立った。そして、⑦と⑧は、⑤と⑥の解決の両立についての同一の課題を相対する方向から述べているものであるが、実際、解決が難しい、重要な指摘である。この問題をどのように書式改定に盛り込むかを次年度の重要課題と位置付けることにした。

- (2) 作成した CReVAS は図 1 のとおりである。原寸大のものを本報告書資料として末尾に添付した。

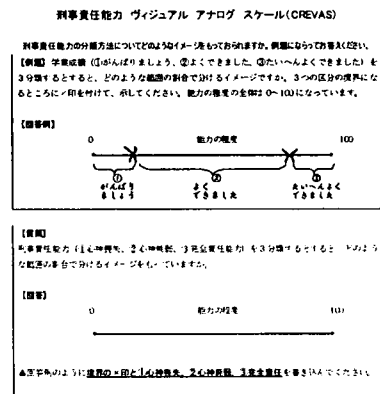


図 1 : CReVAS

その試行結果の一部を示す。予備的調査ではあるが、医療関係者も法曹関係者も、心神喪失、心神耗弱、完全責任能力を能力全体の3分の1づつに分類するようなイメージから、心神喪失も心神耗弱もかなり能力が障害されている場合を想定するイメージまで多様であることがわかる。

そして、もっとも重要な点として、医師であれ、法曹関係者であれ、そのイメージは専門領域によって異なるのではなく、個人的な差異がより大きいということがあげられる。

最終的な法的な結論は3分法によるのであるがその量的なイメージは共有されているわけではない。今後、たとえば責任能力を量的に区分する試みをするのであれば、その前提となるイメージが共有されていないことには注意をはらわなければならない。この点も手引の改定に反映させる必要があるとかがえられる。

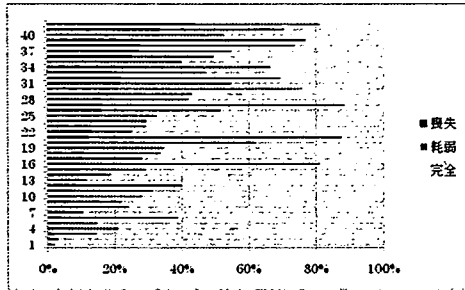


図2：精神科医療関係者（n=43）

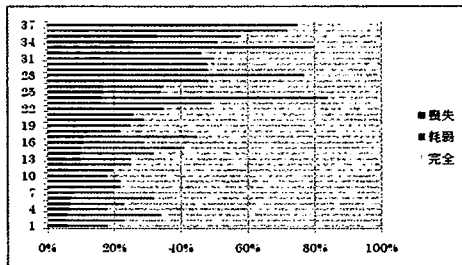


図3：法曹関係者（n=37）

- (3) 模擬裁判などの経験を踏まえて、裁判員制度における鑑定についての問題点の洗い出しをおこなうことにした。

模擬裁判で鑑定人役をおこなった全国の医師らのインターネット上のメーリングリストを作成し、これによって意見の集積に着手した。次年度にも模擬裁判が継続するので、このメーリングリストなどを通じて集められた最終的な意見の取りまとめは次年度に行うことにした。

また、裁判員裁判における鑑定のありかたや課題についてまとめ、出版物にして報告した（研究発表5）、6）。

- (4) 米国精神医学と法学会（AAPL）
AAPLガイドラインは、情報の取り扱い、鑑定人の立場などについてもふれていて、鑑定書の作成方法やそのモデルに焦点をあてているわれわれの手

引きとはやや主旨のことなるものではある。しかし、その翻訳、専門誌掲載の作業は、我々が策定する手引きの一つの方向性を確認するものとなった。

例としてあげるならば、陪審員制度を取り入れている米国ならではの鑑定人の作業のすすめかたについての解説は、今後、日本で採用される裁判員制度における鑑定人の役割の果たし方を考える上では、きわめて参考になるものであった。それには以下のような点がある。

- ① 鑑定人の党派性（弁護側、検察側といった立場分け）の問題や、そうしたことによるバイアス、あるいはそういった偏りを避ける方策についての解説が記されていること
- ② 一般人にむけた法廷での説明で用いる理論などが「科学的」であることを証する根拠を整理する必要があり、それが法廷で求められるなどしていること（たとえば **Frye** 準則、**Daubert** 対 **Merrell Dow Pharmaceuticals** 事件など）や、そうした証拠の提示が与える影響力の問題についての解説が記されていること

こうした点への言及は、今後われわれの研究のなかでもおこなっていく必要があることを示唆しているといえる。

- (5) 刑事精神鑑定で論ずべき要点のひとつとして「精神障害と事件の関係」が

あるが、これをより系統的に整理する手法を模索し、そのひとつとして FOTRES の利用の可能性を検討した。そのために、司法精神・心理学的評価ツールである FOTRES の日本語版について、その原版の開発者であるスイス・チューリヒ州法務局フランクウルヴァニョクらとの共同を確認した。

D. 考察

今年度の作業では、平成 20 年に最終年度を迎えるにあたって予定している平成 18 年度版からの改定にむけて、とくに修正を検討すべき点をあきらかにした。手引きでは、「簡にして要を得た」という方向性をすすめているが、同時に、丁寧に精緻な記述や考察も落とすことのない書式を提案する必要があるということが最も重要な点である。

また、試行の段階ではあるが CReVAS の結果でも、精神科医、その他の医療従事者、法曹において、責任能力の 3 分類のイメージに個人ごとに大きな差があるという事実もやはり重要な情報ではあるので、これは鑑定を行う医師や法曹へ伝達すべきものであると考えられた。

なお、手引きについては、平成 17 年度以来、分担研究者が所属する研究所のホームページからもダウンロードできるようにしており、また裁判所、検察庁などの協力により法曹にも浸透をはかっている。その結果、広くこの研究成果が認知されつつある。平成 20 年度も引き続いてそのフィードバックをできるだけ確認するように努める予定である。

E. 結論

以上のとおり本年度は現行の平成 18 年度版の問題点などを洗い出した。この成果を反映させることで、来る 20 年度には最終版を完成する予定である。

また現在のところ、裁判所、検察庁との研究の協力体制が確立されているが、次年度の活動においては、弁護士との協力も確約されているので、法曹三者にも合意を得るかたちで研究を進める予定である。ことに平成 21 年までに開始される裁判員制度を見据えた鑑定のありかたについて、さらに充実した手引きを目指すことになっている。このなかでは、起訴前の鑑定と裁判員裁判での鑑定とに求められる要素には、差異がある可能性も考慮にいれる必要があるかもしれないので、これも次年度の検討課題としたいと考えている。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

- 1) 岡田幸之、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広：米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その 2）. 犯罪学雑誌 73(1); 15-26, 2007.
- 2) 岡田幸之、野田隆政、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈：米国の刑事責任能力鑑定－「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その 3）. 犯罪学雑誌 73(2);

- 36-47, 2007.
- 3) 岡田幸之、安藤久美子、松本俊彦、樽矢敏広、吉澤雅弘、高木希奈、野田隆政：米国の刑事責任能力鑑定—「米国精神医学と法学会 心神喪失抗弁を申し立てた被告人の精神鑑定実務ガイドライン」の紹介（その4）. 犯罪学雑誌 73(4); 108-120, 2007.
 - 4) 岡田幸之、松本俊彦、五十嵐禎人、黒田治、平林直次、安藤久美子、野田隆政、樽矢敏広、高木希奈、平田豊明：刑事精神鑑定書の書き方—「刑事責任能力に関する鑑定書作成の手引き」の開発—. 精神科治療学 23(3); 367-371, 2008
 - 5) 岡田幸之：精神鑑定と裁判員裁判. (中谷陽二編：精神医療と法—町野朔先生還暦記念論集) 弘文堂, 東京, 2008
 - 6) 岡田幸之：裁判員制度と精神鑑定 (松下正明編：専門医のための精神科臨床リュミエール 1 巻—精神鑑定のすべて) 中山書店, 東京, 2008
- H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

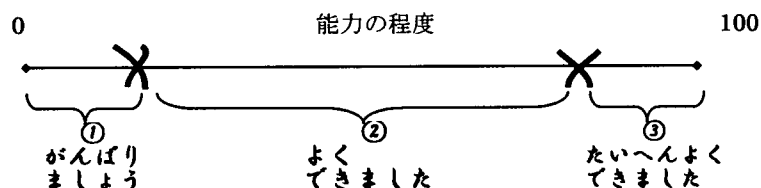
添付資料

刑事責任能力 ヴィジュアル アナログ スケール(CREVAS)

刑事責任能力の分類方法についてどのようなイメージをもっておられますか。例題にならってお答えください。

【例題】学業成績（①がんばりましょう、②よくできました、③たいへんよくできました）を3分類するとすると、どのような範囲の割合で分けるイメージですか。3つの区分の境界になるところに×印を付けて、示してください。能力の程度の全体は0～100になっています。

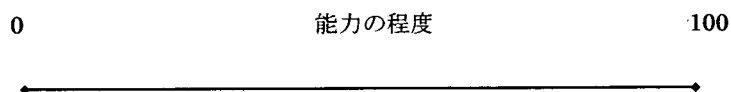
【回答例】



【質問】

刑事責任能力（①心神喪失、②心神耗弱、③完全責任能力）を3分類するとすると、どのような範囲の割合で分けるイメージをもっていますか。

【回答】



▲回答例のように境界の×印と①心神喪失、②心神耗弱、③完全責任を書き込んでください。

ご協力ありがとうございました。

他害行為を行った精神障害者の看護に関する研究

分担研究者：宮本 真巳 東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科

研究要旨

本分担研究は、指定医療機関の看護師等のスタッフ、及び対象者への意識調査と事例分析を通じて、他害行為を行なった精神障害者に対する看護援助と多職種連携の現状を把握し、司法精神医療をめぐる問題点と今後の課題を明確化することを通じて、司法精神看護領域における援助技術とシステムの開発を目指すものである。

今年度は、前年度までの研究を引き継いだ7テーマについて以下の成果を得ることができた。

- 1) 指定入院機関におけるクリティカルパスの作成
診断と対象行為別に入院各期の長さ、介入項目、アウトカム、バリエーションについて比較検討を行い、気分障害群の特異性を見出すことができた。
- 2) 対象行為の確認を通じた内省深化の支援
対象者の面接を通じて、支援過程と支援方法に分析を加え、日常的な関わりを通じた看護師特有の関わりが成果を挙げていることが確かめられた。
- 3) グループ・プログラムにおける多職種連携と看護師の役割
心身の健康教育や、SST を基盤とした認知行動療法的アプローチで、看護師が主体的な関わりが期待できることが明らかになった。
- 4) 対象者の地域自立支援に向けた連携
対象者の多くが退院後の生活のイメージを掴みかねていること、看護師の自立支援に向けた配慮が対象者には伝わりにくいことなどが明らかになった。
- 5) 指定通院医療機関等の看護職の役割
指定通院医療機関、訪問看護ステーションのスタッフは、生活再建の支援に手応えを感じつつマンパワー、社会資源の不足から苦悩していることがわかった。
- 6) 多職種参加による事例検討会の有効性
事例提供者だけでなく、他の参加者にとっても対象者の理解を深め、ケアへの無力感や閉塞感を和らげるエンパワメント効果のあることを確認できた。
- 7) 包括的暴力防止システム(CVPPP)の運用実態と効果
CVPPP の導入は安全に実施されており、対象者の暴力に対する介入をめぐる看護師の意識を高めることに役立っていることが明らかになった。

研究協力者（順不同）：

龍野浩寿（日本精神科看護技術協会）
美濃由紀子（国立精神・神経センター精神保健研究所）
佐藤るみ子（国立精神・神経センター武蔵病院）
板山 稔（国立精神・神経センター武蔵病院）
佐藤恵子（国立精神・神経センター武蔵病院）
熊地美枝（国立精神・神経センター武蔵病院）
木原深雪（国立精神・神経センター武蔵病院）
笠松理恵子（国立精神・神経センター武蔵病院）
鈴木久仁子（国立精神・神経センター武蔵病院）
三本昌子（国立精神・神経センター武蔵病院）
大迫充江（国立精神・神経センター武蔵病院）
高崎邦子（国立精神・神経センター武蔵病院）
杉山 茂（国立精神・神経センター武蔵病院）
小原陽子（国立精神・神経センター武蔵病院）
高橋直美（国立精神・神経センター武蔵病院）
太智晶子（国立精神・神経センター武蔵病院）
高橋理沙（国立精神・神経センター武蔵病院）
小野木和昭（国立精神・神経センター武蔵病院）
丹山智博（国立精神・神経センター武蔵病院）
吉川知里（国立精神・神経センター武蔵病院）
高野和夫（国立精神・神経センター武蔵病院）
田川理恵（国立精神・神経センター武蔵病院）
平野哲則（国立病院機構東尾張病院）
平野豊和（国立病院機構東尾張病院）
佐藤紳一（国立病院機構花巻病院）
平野 誠（国立病院機構肥前精神医療センター）
西谷博則（国立病院機構肥前精神医療センター）
松尾康志（国立病院機構肥前精神医療センター）
山根 寛（京都大学医学部保健学科）
小林正義（信州大学大学院医学研究科）
鶴見隆彦（法務省 横浜保護観察所）
大丸 幸（北九州市障害福祉センター）
香山明美（宮城県立精神医療センター）
下里 誠二（信州大学医学部保健学科）
谷本 桂（信州大学医学部保健学科）
石黒明美（国立病院機構北陸病院）
岸 清次（国立病院機構久里浜病院）
山崎加代子（国立病院機構さいがた病院）
小口万里（国立病院機構小諸病院）
堀部泰治（国立病院機構下総病院）
照屋初枝（国立病院機構琉球病院）
森本佳代子（国立病院機構榊原病院）
南大林美智子（国立病院機構加茂病院）
中田雄三（国立病院機構松籟荘病院）
田中雅美（国立病院機構菊池病院）
井口 悟（東京都立松沢病院）
奥山 修（大阪府立精神医療センター）
町 和夫（岡山県精神科医療センター）
玉栄茂知（岡山県精神科医療センター）
伊丹博史（岡山県精神科医療センター）
山中利文（長崎県立精神医療センター）
吉浜文洋（富山大学医学部看護学科）

A. 研究目的

本分担研究は、他害行為を行なった精神障害者に対する看護師並びにコメディカルスタッフによる援助に関する実態調査と現状分析を踏まえ、新たな援助技術とシステムの開発を目指すものである。

医療観察法の施行に伴って指定入院医療機関が開設され、日本における司法精神医療は少しずつ軌道に乗りつつあるが、触法行為を行なった精神障害者の医療をめぐるっては、引き続き広範な議論が必要であると考えられる。本分担研究を担当する宮本等は、山上を主任研究者とする本研究の前身である厚生科学研究「触法行為を行なった精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究(松下班研究)」の分担研究である『触法精神障害者の看護並びに地域支援の手法に関する研究』の中で、指定入院医療機関における治療プログラムや看護ガイドラインの立案と、同機関の開設に向けた試行、および開設後の現状分析と問題点の明確化に取り組んできた。

H19年度における本分担研究では、昨年度までの研究成果を引き継ぎながら、指定入院・通院医療機関における看護師並びにコメディカルスタッフの実態調査、援助場面の参加観察、および事例分析を通じて、臨床現場における指針を見出すと共に、日本における司法精神看護学の確立に向けて課題の明確化を図る。本分担研究では、他害行為を行なった精神障害者にとって必要な看護について明確化を図ると共に、多職種チームアプローチの観点から、医師、看護師、コメディカルスタッフによる多職種連携のあり方についても、明らかにしていくことを目的とした。

昨年度までの研究の継承、発展を図るため、

本年度は以下の7テーマに取り組んだ。

- 1) 指定入院機関におけるクリティカルパスの作成
- 2) 対象行為の確認を通じた内省深化の支援
- 3) グループ・プログラムにおける多職種連携と看護師の役割
- 4) 対象者の地域自立支援に向けた連携
- 5) 指定通院医療機関等の看護職の役割
- 6) 多職種参加による事例検討会の有効性
- 7) 包括的暴力防止システム(CVPPP)の運用実態と効果

B. 研究方法

1) 指定入院機関におけるクリティカルパスの作成

- 1) -1: 各治療期の入院期間と社会復帰調整の介入時期の検討

指定入院医療機関の1施設に入院中の事例及び退院した事例の合計59例を対象とし、入院診療録を中心に遡及的に調査した。各項目に関する記述統計の結果をもとに、各治療期の入院期間と治療介入時期、アウトカムの特徴について分析を行った。

- 1) -2: バリエーション分析による急性期クリティカルパスのアウトカムと介入時期の検討

指定入院医療機関の1施設において、急性期の治療を行った6例を対象として行なった。入院時から急性期クリティカルパスを使用し、発生したバリエーションの内容と発生状況について調査した。

2) 対象行為の確認を通じた内省深化の支援

研究協力の同意の得られた医療観察法病棟入院中の対象者15名に対して、半構造化面接を実施した。面接の逐語録から質的・帰納的分析を行い、対象者に生じる内省プロセスを明らか

にするとともに、対象者自身が看護者に求める関わりについても整理し、合わせて、内省深化に向けた支援方法について検討した。

3) グループ・プログラムにおける多職種連携と看護師の役割

3) -1 : 医療観察法に基づく医療における治療プログラムー認知行動療法の理念に基づいたSSTマニュアルを作成してー

研究協力の同意の得られた 29 名の統合失調症の対象者を対象に SST プログラムを実施しその効果について検討した。SST プログラムの基準を「思考・感情・行動パターンと状況や症状との関連を自覚し、対処方法を選択することができるように働きかける。」ことと規定した上で、SST プログラムの実施前後にアンケート調査を実施した。

3) -2 : 指定入院医療施設における多職種連携の実情と課題ー作業療法士の立場からー

指定入院医療施設における多職種連携の実情を、開設もしくは開設準備に入り作業療法士が配置されている指定入院医療機関 15 施設を対象として、作業療法士の立場から調査した。

4) 対象者の地域自立支援に向けた連携

研究協力の同意の得られた医療観察法病棟入院中の 7 名を対象者に対して、社会復帰に向けた看護師との話し合いの内容、退院後の生活についての認識等について半構造化面接を行い、それと併せて、看護スタッフを対象に、対象者の社会復帰支援をめぐって経験していることについてフォーカス・グループ面接を行なった。

5) 指定通院医療機関等の看護職の役割

指定通院医療機関において触法精神障害者の訪問看護に携わっている 5 施設の多職種チームスタッフ 18 名から、訪問看護の実施状況、問題と感じている事柄等について聞き取り調査を

行い、質的・帰納的分析を加えることを通じて、その効果や問題点・課題に関する検討を行った。

6) 多職種参加による事例検討会の有効性

事例検討会を多職種の参加によるグループ・スーパービジョンという位置づけで、月に 1 回の頻度で実施し、提供者と参加者を対象に質問紙による調査をおこなった。また、検討会 1 ヶ月後に、提供者の継続フォローアップを兼ねた半構造化個人面接を行い、質的分析によりエンパワメントを阻害する要因と促進する要因を抽出し、時間的の推移の構造化を行った。

7) 包括的暴力防止システム(CVPPP)の運用実態と効果

指定入院医療機関において、現在導入されている包括的暴力防止プログラム CVPPP が実際の場面でどのように運用されているかを身体的介入(チームテクニクス)の使用状況と使用しているスタッフのインタビューから検討した。

<倫理面への配慮>

本分担研究への取り組みについては、倫理審査委員会で審査を受け、承認を得て実施した。調査対象者に対しては、書面による趣旨説明に基づく研究同意を得ると共に、あらゆる時点における調査拒否の権利について保証した。また管理者、看護管理者に協力を要請し、実施した。

C. 研究結果、及び考察

1) 指定入院機関におけるクリティカルパスの作成

1) -1 : 各治療期の入院期間と社会復帰調整の介入時期の検討

分析・検討の結果、以下の 4 点が示唆された。

①気分障害の診断グループは、各期の入院期間や社会復帰調整に関する介入期間が短い傾向にあった。

②対象行為別では入院期間や介入時期の大きな差異はみられなかった。

③回復期と社会復帰期の長さの比較によって、回復期から社会復帰期にかけての治療経過を「病状安定・社会復帰調整非困難群」「病状安定・社会復帰調整困難群」「病状不安定・社会復帰調整困難群」に分類できた。

④回復期の段階から社会復帰調整に意識的に取り組めるように、介入項目とアウトカムの整理の必要がある。

1) -2: バリアン分析による急性期クリティカルパスのアウトカムと介入時期の検討

分析・検討の結果、バリアンスの要因は【医療者】【医療者と対象者】【対象者】【家族】の4つの要因に分類された。また、バリアンスがみられた介入項目の約6割は、医療者の意識や認識に関連して起こっていることが明らかとなった。

2) 対象行為の確認を通じた内省深化の支援

内省深化に向けた取り組みの前提として、《安全の保障》と《治療意欲の引き出しと維持》の両者が提供され、対象者と共有されることが最重要であり、その関わりによって、自発的入院ではない対象者の《治療への主体的参加》を可能にすることが確認された。また、【自信の獲得】や【新たな自己像への希求】が対象者自身の中で育まれることで多彩な《教育支援》を積極的に受け入れることにつながっていた。さらに、対象行為に関する共感性を深めていくことが日常場面での共感性を育むことを可能にしていた。

【病気に対する知識の獲得】だけに留まらず、対人関係の中で情動的・社会的知性を獲得していくことの必要性を対象者自身が認識しており、そのことを意識した日常の関わりが看護師に求められた。

3) グループ・プログラムにおける多職種連携と看護師の役割

3) -1: 医療観察法に基づく医療における治療

プログラムー認知行動療法の理念に基づいたSSTマニュアルを作成してー

分析・検討の結果、以下の5点が示唆された。

①看護師主体でCBTを組み込んだSSTプログラムを実施した結果、多くの対象者に認知の修正を通じた行動変容が見出された。

②思考記録表の活用により思考過程の自覚と修正が可能となり、曝露反応妨害法の適用から特定の行動への苦手意識の軽減が可能となった。

③集団療法と個別ケアを組み合わせることによって、SSTプログラムの効果を高めることができた。

④スキーマの自覚と修正に困難を来す対象者には、持続的な働きかけが必要であることが示唆された。

⑤本研究では、主に統合失調症の対象者を調査対象としており、気分障害圏の患者を対象としたSSTプログラムの効果の検証は今後の課題である。

3) -2: 指定入院医療施設における多職種連携の実情と課題ー作業療法士の立場からー

検討の結果、連携の必要性や利点とともに、小規模併設型における職員配置数や一般精神科病棟との兼務の問題、職種間の基礎教育の差、多職種相互の認識の差、情報共有に必要な評価項目の検討など、いくつか基本的な課題が再確認された。

4) 対象者の地域自立支援に向けた連携

分析・検討の結果、対象者の退院後の社会生活の破綻が対象行為につながる傾向が確認され、生活全体の見直しと再編成が必要と考えられた。しかし、看護側から生活リズムを作ることや余暇の過ごし方の工夫等の提案を行なっても、金銭的な不安等を理由に中々理解を得られない等の問題もあげられた。このような問題はいくつかあるものの、退院後の療養生活（医療とセルフケアの必要性）については、前向きな態度が

伺われた。

5) 指定通院医療機関等の看護職の役割

分析・検討の結果、訪問看護における現状の問題点として、〔①マンパワーの不足〕〔②施設の不足〕〔③財政的裏づけの不足〕〔④アウトカム評価の困難さ〕の4項目が抽出された。訪問看護の効果としては、〔①生活状況の的確な把握〕〔②危機の早期発見と早期介入の促進〕〔③家族への支援〕〔④対象者・家族との信頼関係構築〕の4項目が抽出された。今後の課題としては、〔①マンパワーの確保〕〔②財政的な問題の改善〕〔③訪問看護実践能力の強化〕〔④研修体制の整備〕〔⑤会議・記録の簡素化〕〔⑥活用できる社会資源の整備〕の6項目の課題が明らかになった。これらのことより、訪問看護の効果が確かめられつつあるものの、マンパワー不足と社会資源の不足などによる自立支援の困難さが、深刻に実感されつつあることが確かめられた。

6) 多職種参加による事例検討会の有効性

分析・検討の結果、医療観察法病棟におけるプライマリーナーシングと多職種チーム医療の実践は、濃厚な介入を可能とする半面、スタッフの心理的負担はかなり大きいことが示唆された。事例検討会を活用したグループ・スーパービジョンは、スタッフのメンタルヘルスサポートの機能を果たしており、提供者はエンパワメント効果を得て、動機付けが高まると同時に自己の成長を実感していた。エンパワメント効果の促進のためには、周囲からの十分なサポートと、提供者が安心して自己一致できるような暖かい環境作りに努めることが重要である。今後は、スタッフへのメンタルサポートを病棟のシステムに組み込むこと、エンパワメント機能を持つ事例検討会を他院の医療観察法病棟にも定着させることが課題である。

7) 包括的暴力防止システム(CVPPP)の運用実態と効果

分析・検討の結果、チームテクニクスでは介入にあたって大きな外傷を負うことなく介入できていた。また、スタッフも暴力に対してアセスメントや言語的介入(ディエスカレーション)を意識して介入するようになっていた。今後CVPPPにより暴力への治療的介入の技法が高められていくことが期待されるものと考えられた。

D. 結語

上記 1)～7)のいずれのテーマに関しても、看護師や他職種による対象者への支援指針の明確化や、指定医療機関の運営上の問題点の解明と改善につながる成果が得られている。とりわけ今年度は、指定入院機関における医療の2年余の蓄積を踏まえて、ガイドラインの裏づけと補完に役立つ内容が得られたと考えられる。

1)は、実態に即したクリティカルパス作成の基礎作業を終えることができた。各期の比率から対象者特性や病床管理動向を読み取れること、気分障害群の流れに特異性が見られることを踏まえた治療計画の洗練を示唆する結果が得られた。

2)は、対象行為の防止を対象者が自らの課題として認識できることが重要なステップとなり、内省の深化につながっていくことが確かめられた。その結果から、支援の要点が明確化しつつある。

3)は、東尾張病院グループでは、認知と行動の関連についての理解の向上、認知の修正による行動の改善がもたらされていることが確かめられた。こうした成果は、思考記録表の活用、曝露反応妨害法の導入、集団療法と個別ケアの併用などの要因によるものと考えられた。作業療法士グループは、多職種連携によるプログラム運営の現状と問題点、今後の課題が明らかとなった。

4)は、対象者の多くが退院後の生活をイメ

うじしにくいことから、健康な社会生活を送って来られなかった経過を視野に入れて、生活設計を含むきめ細かい支援が必要であることが明確になった。その結果を健康教育や生活技術訓練に組み入れることが今後の課題である。

5) は、訪問看護の効果が確かめられつつあるものの、マンパワー不足と社会資源の不足による自立支援の困難さが、深刻に実感されつつあることが確かめられている。この成果は、訪問看護の有効性や問題の明確化を通じたシステム改革への提言につながる。

6) の成果は、アセスメントの深化などの個別ケアの洗練、多職種連携の具体化のモデル提示、検討会の今後の運営や方法論を考える上での検討材料となり得る。スタッフのメンタルヘルス・サポートの機能を担っている。

7) は、CVPPP（包括的暴力防止システム）の導入によって、対象者の暴力への対応を危機管理に止めずケアの一環として広く捉える必要についての理解が深まりつつあること、CVPPPは安全に実施されているが施設によって実施方法や頻度に差があることなどが見えてきている。この成果は、指定入院医療機関におけるリスクマネジメントの現状評価と課題の明確化につながると共に既存精神医療への啓発に向けた基盤づくりになり得る。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

○熊地美枝, 高崎邦子, 佐藤るみ子, 宮本真巳:
指定入院医療機関における対象行為についての話し合いの実際, 臨床精神医学, 36 (9), pp1153-1161, 2007

○木原深雪, 大迫充江, 佐藤恵子, 島田亜紀子,
高野和夫, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 医療観察法

指定入院医療機関における看護師の社会復帰支援に関する研究, 精神看護出版, 精神科看護, 35 (187), pp48-55, 2008. 3

○美濃由紀子, 宮本真巳: 医療観察法における訪問看護の現状と課題 — ケア効果とスタッフの抱える困難に焦点をあてて —, 精神看護, p p60-63, 2008. 5

○美濃由紀子, 佐藤るみ子, 高崎邦子, 宮本真巳: 医療観察法病棟におけるグループ・スーパービジョン導入の実態—触法精神障害者の事例検討を通じて— 第1報—, 第38回 日本看護学会論文集—精神看護—, 日本看護協会編: 日本看護協会出版会, pp150-152, 2007

○高崎邦子, 美濃由紀子, 宮本真巳, 佐藤恵子, 小原陽子, 田川理絵, 佐藤るみ子: 多職種の参加による事例検討会を活用したスーパービジョンの実態と評価—触法精神障害者の事例検討を通じて— 第2報—, 第38回 日本看護学会論文集—精神看護—, 日本看護協会編: 日本看護協会出版会, pp153-155, 2007

○下里誠二, 塩江邦彦, 松尾康志, 西谷博則他:
Broset Violence Checklist (BVC) 日本語版による精神科閉鎖病棟における暴力の短期予測の検討, 精神医学, 49 (5), pp529-537, 2007

○宮本真巳, 島山卓也: 医療観察法施行後の成果と課題—進んできた内省深化やチーム医療—. 精神看護出版, 精神科看護, 35 (187), pp12-18, 2008. 3

○美濃由紀子: 「医療観察法」—看護の立場から何ができるか—鑑定入院・通院医療に焦点をあてて—. 医学書院, 精神看護, 11 (3), pp16-19, 2008. 5

○岡田幸之, 美濃由紀子: 医療観察法の鑑定入院で看護には何が求められているか. 医学書院, 精神看護, 11(3), pp24-36, 2008.5

○美濃由紀子, 宮本真巳: 司法精神看護を学べるチャンスはここに 있습니다. 医学書院, 精神看護, 11(3), pp73-78, 2008.5

2. 学会発表

○熊地美枝, 高崎邦子, 小原陽子, 杉山茂, 太智晶子, 成瀬道夫, 高橋直美, 田川理絵, 佐藤るみ子, 宮本真巳: 対象行為に関する対象者との話し合いの実施状況と内省プロセスの明確化(第1報). 第15回 日本精神障害者リハビリテーション学会, 2007年11月(名古屋)

○平野豊和, 平野哲則: 医療観察法における治療プログラム～認知行動療法理念に基づいたSSTを作成して～. 第61回 国立病院総合医学学会, 2007年11月(名古屋)

○美濃由紀子, 佐藤るみ子, 高崎邦子, 宮本真巳: 医療観察法病棟におけるグループ・スーパービジョンの導入と実際一触法精神障害者の事例検討を通じて 第1報一. 第38回 日本看護学会-精神看護, pp89, 2007年7月(岩手)

○高崎邦子, 美濃由紀子, 宮本真巳, 佐藤恵子, 小原陽子, 田川理絵, 佐藤るみ子: 多職種の参

加による事例検討会を活用したスーパービジョンの実際一触法精神障害者の事例検討を通じて 第2報一. 第38回 日本看護学会-精神看護, pp90, 2007年7月(岩手)

○美濃由紀子, 宮本真巳: 指定入院医療機関スタッフが司法精神医療に抱く期待や懸念-開棟前アンケートによる意識調査より(1)-. 第27回 日本看護科学学会学術集会, pp483, 2007年12月(東京)

○美濃由紀子, 宮本真巳: 指定入院医療機関の看護リーダー層スタッフが抱える困難さ-開棟前インタビューによる意識調査より(2)-. 第27回 日本看護科学学会学術集会, pp484, 2007年12月(東京)

○坂本岳之, 下里誠二, 看護学生が実習中に患者から受ける暴力および暴力の認識の実態調査, 日本看護研究学会雑誌, 30(3), 170, 2007.

○下里誠二, 宇都宮智, 山田洋, 精神科病棟における3ヵ月以上在院者の身体的攻撃と患者の社会的スキルの関連, 日本看護研究学会雑誌, 30(3), 168, 2007.

G. 知的財産権の出願・登録状況

なし

1) 指定入院医療機関におけるクリティカルパスの作成

1)-2: 各治療期の入院期間と社会復帰調整の介入時期の検討

研究者名：○板山 稔 国立精神・神経センター 武蔵病院
佐藤 恵子 国立精神・神経センター 武蔵病院
鈴木 久仁子 国立精神・神経センター 武蔵病院
三本 昌子 国立精神・神経センター 武蔵病院
大迫 充江 国立精神・神経センター 武蔵病院
佐藤 るみ子 国立精神・神経センター 武蔵病院

研究要旨：指定入院医療機関におけるクリティカルパスを作成することは、医療の標準化をめざすとともに、専門的医療を確実に効率よく提供し対象者の社会復帰を促進する上で重要な課題である。本研究は、昨年に引き続き入院治療にかかわる情報の調査・分析を通じて、各治療期の入院期間と治療介入時期、アウトカムの標準化について検討することを目的とする。指定入院医療機関の1施設に入院中の事例及び退院した事例の合計59例を対象とし、入院診療録を中心に遡及的に調査した。各項目に関する記述統計の結果をもとに、各治療期の入院期間と治療介入時期、アウトカムの特徴について分析し、指定入院医療機関におけるクリティカルパスの改訂に関する考察を行なった。

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）」において、医療の標準化を目指すことは、法に基づきながら専門的医療を確実に効率よく提供する上で重要である。また、このことは対象者の回復と社会復帰を促進させることにもつながる。医療の標準化を目指すために、厚生労働省のガイドラインにおいては、クリティカルパスの原案がイメージとして示されている。しかし、これは医療観察法が開始される以前に作成されたものであり、臨床データに基づく継続的な検証に基づくクリティカルパスの作成が急務である。

前年度、筆者らは本研究班の報告の中で、急性期、回復期、社会復帰期それぞれのクリティ

カルパスの改訂を試みた。しかし、回復期、社会復帰期ではまだ対象事例が少なく、入院期間や治療介入時期に関する標準化の検討が十分になされていなかった。

本研究では、昨年に引き続き指定入院医療機関で行なわれている入院治療にかかわる情報を分析することを通じて、各治療期の入院期間と治療介入時期、アウトカムの標準化について検討することを目的とする。

B. 研究方法

1. 調査対象

本研究の対象は、医療観察法指定入院医療機関の1施設に、平成17年9月から平成19年10月末までに入院した59例である。研究対象者のうち、転入・転出した事例、および各治療期

を終了していない事例については、該当する治療期の分析対象から除外した。

2. 調査方法と内容

研究対象者の入院診療録をレビューし、以下の項目について情報を収集した。診療録による情報が不足している場合には、研究者が個別に担当多職種チームに経過を確認した。

1) 対象者の属性

年齢、性別、診断名、医療観察法の対象となる触法行為（以下、対象行為）の種別。

2) 入院期間、治療介入項目、アウトカム

各治療期の入院日数、治療上の転機となる治療介入項目の実施とアウトカムの達成までに要した日数。（CPA 会議の開催、退院地の決定、通院医療機関の決定、院外外出・外泊の実施）

3. 分析方法

各項目に関する記述統計の結果をもとに、各治療期の入院期間と治療介入時期、アウトカムの特徴について分析する。

4. 倫理的配慮について

研究対象施設の倫理審査委員会において承認を得た研究計画書に基づき研究を行った。本研究は既存の診療録を用いた調査研究であるため、研究対象者に直接与える不利益及び危険性は少ないと判断した。しかし、対象者に対しては本研究の趣旨、研究方法、分析方法、結果の活用などを説明した文書を病棟に掲示するとともに、対象者からの質問に対しては口頭で説明を行った。また、調査・分析は対象者個人が特定されないように、各情報を記号・数値化して行った。

C. 研究結果

1. 対象者の概要

1) 性別・年齢

本調査の対象者数は59例であり、男性49例、女性10例であった。また、平均年齢は39.7歳（中央値37.0 標準偏差13.0 最小値22 最大値79）であった。

2) 診断名

主診断（ICD-10）については、F2 統合失調症47例、F3 気分障害5例、F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害3例、F0 器質性精神障害1例、F4 神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害1例、F6 成人の人格及び行動の障害1例、F7 精神遅滞1例であった。対象者の8割近くが統合失調症であったが、副診断として物質依存、精神遅滞、人格障害等の診断を併せもつ対象者もいた。

3) 対象行為

医療観察法の対象行為については、殺人・殺人未遂23例（38.0%）、傷害・傷害致死15例（25.4%）、放火・放火未遂14例（23.7%）、強姦・強制わいせつ5例（8.5%）、強盗・強盗未遂2例（3.4%）であった。

2. 各治療期の入院期間

1) 急性期

全対象者59例から急性期の段階で転入、転出した事例を除き、さらに急性期の治療をすでに終了している54例を分析対象とした。急性期の平均入院日数は92.0日（中央値86.0 標準偏差37.3 最小値25 最大値227）であり、そのうち30日以下1例（1.8%）、31日～60日9例（16.7%）、61日～90日19例（35.2%）、91日～120日17例（31.5%）、121日以上8例（14.8%）であった。

急性期における診断別の平均入院日数は、統合失調症93.5日（中央値87.5 標準偏差39.4 最小値25 最大値227）、気分障害83.3日（中央値88.5 標準偏差13.1 最小値64 最大値92）、その他の疾患86.7日（中央値78.5 標準偏差34.9 最小値40 最大値139）であり、診断名による急性期入院期間の大きな差はみられなかった。（表1）

対象行為別では、殺人・殺人未遂（最小値25日 最大値225日）、放火・放火未遂（最小値51日 最大値227日）の範囲が広がった。し

かし、入院期間を中央値でみると、殺人・殺人未遂 87.5 日、傷害・傷害致死 89.0 日、放火・放火未遂 85.0 日、強姦・強制わいせつ 113.0 日、強盗・強盗未遂 81.5 日であり、急性期では強姦・強制わいせつ事例の入院期間が長くなる傾向がみられた。(表 2)

2) 回復期

全対象者 59 例から、回復期段階で転入、転出した事例を除き、さらに回復期の治療をすでに終了している 36 例を分析対象とした。回復期の平均入院日数は 158.1 日(中央値 125.0 標準偏差 111.4 最小値 0 最大値 400)であった。入院日数別の分布は、90 日以下 9 例(25.0%)、91 日～180 日 15 例(41.7%)、181 日～270 日 4 例(11.1%)、271 日～360 日 6 例(16.7%)、361 日以上 2 例(5.5%)であった。ガイドラインでの回復期治療期間の目安は 9 か月であることから、平均値はガイドラインの治療期間よりもかなり短期間であるが、一方で回復期の治療が長期化している事例もみられた。

回復期の診断別の平均入院日数は、統合失調症 180.8 日(中央値 176.0 標準偏差 111.3 最小値 0 最大値 400)、気分障害 74.8 日(中央値 75.0 標準偏差 20.5 最小値 56 最大値 93)、その他 49.7 日(中央値 27.0 標準偏差 63.1 最小値 0 最大値 121)であり、気分障害とその他の疾患で回復期の入院期間が短くなる傾向がみられた。(表 3)

対象行為別の入院期間で何れも範囲が広いものの(殺人・殺人未遂は最小値 27 日、最大値 400 日、傷害・傷害未遂は最小値 0 日、最大値 304 日、放火・放火未遂は最小値 0 日、最大値 394 日、強姦・強制わいせつは最小値 27 日、最大値 302 日)、入院期間を平均値、中央値でみるとどの対象行為においてもガイドラインが示す入院期間を大きく下回っていた。(表 4)

3) 社会復帰期

全対象者 59 例から社会復帰期段階で転入、転出した事例を除き、さらに社会復帰期の治療

をすでに終了した(退院した)事例 29 例を分析対象とした。社会復帰期の平均入院日数は 209.8 日(中央値 189.0 標準偏差 98.6 最小値 75 最大値 431)であった。入院日数別の分布は、60 日以下 0 例、61 日～120 日は 6 例(20.7%)、121 日～180 日は 8 例(27.6%)、181 日～240 日は 7 例(24.1%)、240 日以上は 8 例(27.6%)であった。平均値はガイドラインの治療期間の目安である 6 か月を超え、社会復帰期の治療が長期化している事例も多くみられた。

社会復帰期の診断別の平均入院日数は、統合失調症 209.5 日(中央値 189.0 標準偏差 92.5 最小値 82 最大値 394)、気分障害 153.5 日(中央値 158.0 標準偏差 62.6 最小値 75 最大値 223)、その他の疾患 267.8 日(中央値 271.0 標準偏差 144.8 最小値 98 最大値 431)であり、気分障害の入院日数が短く、その他の疾患で長くなることが分かった(表 5)

対象行為別では、殺人・殺人未遂(最小値 85 日、最大値 431 日)、傷害・傷害未遂(最小値 98 日、最大値 364 日)、放火・放火未遂(最小値 75 日、最大値 210 日)の範囲が広いことがわかった。また、放火・放火未遂を除いて、入院期間の平均値がガイドラインで示された期間(6 か月)よりも長くなっていた。(表 6)

4) 入院から退院まで

全対象者 59 例から、途中で転入、転出した事例等を除き、退院した事例 26 例を分析対象とした。入院から退院までの平均入院日数は 415.3 日(中央値 377.0 標準偏差 178.7 最小値 135 最大値 755)であった。入院日数別の分布は、180 日以下 2 例(7.7%)、181 日～360 日 10 例(38.5%)、361 日～540 日 8 例(30.8%)、541 日～720 日は 3 例(11.5%)、721 日以上 3 例(11.5%)であった。ガイドラインでは入院期間の目安を 1 年 6 か月としているが、半数近くが 1 年以内に退院していた。一方で、入院期間が 2 年を超え長期化する事例もみられた。

全治療期の診断別の平均入院日数は、統合失