

結果とみなした。年齢および IQ については Mann-Whitney の U 検定を行った。

解析には SPSS for Windows ver. 17.0 J[®]を用い、有意水準を5%とした。

4. 倫理面への配慮

(1) 研究等の対象とする個人の人権擁護

連結不可能匿名化されたデータから、データセットを作成し統計学的解析を実施する。個人を特定できるデータは取り扱わない。

研究結果は、個人を特定されない形式で、厚生労働科学研究事業の成果物としてホームページ、学会、雑誌投稿にて報告する。対象者から研究結果について説明を求められた場合は、すべての対象者に対しプライバシーに十分な配慮をしたうえで説明を行う。

(2) 研究等の対象となる者に理解を求め同意を得る方法

文部科学省および厚生労働省により作成された『疫学研究による倫理指針』では、研究対象に対しての説明と同意の取得を必ずしも必要としない研究についての細則が定められている。『第3 インフォームド・コンセント等 1 <インフォームド・コンセントの簡略化等に関する細則>』に従って、本研究の同意取得の必要性について検討してみる。

- ① 本研究は、研究対象者に対して最小限の危険を超える危険を含まない。
- ② 研究方法により研究を実施しても、個人情報情報は保護され不利益とならない。
- ③ 本研究によらなければ、対象行為以前に精神科受診歴を有する対象者と有しない対象者の特徴を明らかにすることはできない。
- ④ 研究の実施や研究結果の概要については、厚生労働科学研究事業の成果物としてホー

ムページですみやかに公開する。

⑤ 対象行為以前に精神科受診歴を有する対象者と有しない対象者の特徴に関する基礎的資料を作成することは社会的に重要性が高い。

以上のことから、本研究は、研究対象に対しての説明と同意の取得を必ずしも必要としない研究であると考えられる。よって、本研究では改めて対象者から個別で説明と同意を得ることはしない。

上記検討の上、研究に先立って、国立精神・神経医療研究センターの倫理委員会に申請し承認を得た。

C. 研究結果

研究対象 86 名中、過去に精神科の受診歴を持つ者 74 名(86.0%) (受診歴あり群)、受診歴を持たない者 12 名(14.0%) (受診歴なし群)であった。

さらに、精神科最終受診日から対象行為までの日数は0日から6480日に広く分布しており一様ではなかった。そこで、2ヶ月未満の群(41名)と2ヶ月以上の群(33名)に二分し比較した。

1) 社会学的特性

性別および対象行為時の年齢については表 1 に示した。受診歴あり群は 74 名(男性 64 名、女性 10 名)、受診歴なし群は 12 名(男性 10 名、女性 2 名)であり、年齢は受診歴あり群は平均年齢 43.4 歳(SD=14.2)、受診歴なし群は平均年齢 44.5 (SD=13.6)であった。

解析の結果、両群間で性別の割合および年齢に関し有意差は認められなかった。

2) 鑑定時診断名の内訳

両群の主診断の内訳を表 2 に示した。

両群とも F2（統合失調症圏）が最も多く、受診歴あり群では 55 名（74.3%）、受診歴なし群では 9 名（75.0%）を占めていた。両群間で鑑定時診断名の割合に関し有意差は認められなかった。

3) 対象行為の内訳

両群の対象行為の内訳を表 3 に示した。

両群とも殺人が最も多く、受診歴あり群では 28 名（37.8%）、受診歴なし群では 6 名（50.0%）を占めていた。解析の結果、両群間で対象行為の内訳に関し有意差は認められなかった。

なお、対象行為について自宅への放火であったか否かについても調査した結果、自宅への放火については、受診歴あり群 14 名（18.9%）、受診歴なし群 1 名（8.3%）であった。自宅以外への放火については、受診歴あり群 0 名（0.0%）、受診歴なし群 2 名（16.7%）であった。受診歴なし群の方が自宅以外への放火であった対象者が多く含まれていることが示された（ $\chi^2=13.0$ 、 $df=2$ 、 $p<0.001$ ）。

さらに、対象行為が自殺あるいは拡大自殺目的であるか否かについても調査した結果、自殺については受診歴あり群 3 名（4.1%）、受診歴なし群 1 名（8.3%）であった。拡大自殺については、受診歴あり群 2 名（2.7%）、受診歴なし群 2 名（16.7%）であった。自殺に該当しないものは、受診歴あり群 69 名（93.2%）、受診歴なし群 9 名（75.0%）であった。解析の結果、両群間で有意差は認められなかった。

4) 被害者の種別

両群の被害者の種別の内訳を表 4 に示した。解析の結果、両群間で被害者の種別に関し有意差は認められなかった。

5) 触法歴

両群の触法歴の内訳を表 5 に示した。触法歴が複数ある場合は最も重大と考えられる触法歴を採用したところ、両群とも「なし」に該当したものが最も多く、受診歴あり群では 38 名（51.4%）、受診歴なし群では 8 名（66.7%）を占めていた。解析の結果、両群間で有意差は認められなかった。なお、最も重い触法歴が道路交通法違反によるもの 4 名に関しては、道路交通法違反以外の最も重い触法歴を採用することとして解析しなおした場合も結果に相違は認められなかった。

また、過去に放火歴があるものは受診歴あり群 8 名（10.8%）、受診歴なし群が 1 名（8.3%）、自殺企図歴があるものは受診歴あり群 11 名（14.9%）、受診歴なし群は 0 名（0.0%）であり、両群間で有意差は認められなかった。

6) 職歴および対象行為時の就労状況

両群の職歴の内訳を表 6 に示した。鑑定書および生活環境調査報告から、最長の就労継続期間を調査し分布図を作成し、7 年未満、7 年以上 14 年未満、14 年以上の 3 階級に分類した。

両群とも最長が 7 年未満だったものが最も多く、受診歴あり群では 59 名（79.7%）、受診歴なし群では 10 名（83.3%）を占めていた。解析の結果、両群間で職歴に関し有意差は認められなかった。なお、最も長く続いた仕事が家業であったものは受診歴あり群では 7 名（9.5%）、受診歴なし群では 3 名（25.0%）であった。

また、対象行為時の就労状況については表 7 に示した。総務省統計局による家計調査職業分類表においては年金生活者や失業

者および主婦は無職と分類されているが、本研究では老齢年金生活者と専業主婦については失業者とは別に「年金生活者・専業主婦等」として分類した。また、総務省統計局による日本標準職業分類においては家賃等の財産収入のみで生計を立てているものは無職として扱われているが、これも「年金生活者・専業主婦等」として分類した。その結果、両群とも無職が最も多く、受診歴あり群では 58 名 (78.4%)、受診歴なし群では 7 名 (58.3%) を占めていた。解析の結果、受診歴なし群の方が「年金生活者・専業主婦等」に該当する対象者の割合が多いことが示された ($\chi^2=11.3$, $df=2$, $p<0.001$)。

なお、「年金生活者・専業主婦等」に該当する対象者の内訳を調査したところ、主婦であったものは受診歴あり群 1 名 (1.4%)、受診歴なし群 2 名 (16.7%) であり、不動産収入により生計を立てていたものは受診歴あり群 3 名 (4.1%)、受診歴なし群 1 名 (8.3%)、老齢年金の受給者は受診歴あり群 3 名 (4.1%)、受診歴なし群 1 名 (8.3%) であった。また、受診歴なし群の残り 1 名については対象行為直前まで就労していたものの、対象行為を計画して対象行為直前にあらかじめ退職していたため、対象行為時は無職であった。

7) 学歴

両群の学歴の内訳を表 8 に示した。

解析の結果、両群間で学歴に関し有意差は認められなかった。

8) 同居者の有無

両群の同居者の有無の内訳を表 9 に示した。解析の結果、両群間で同居者の有無に関し有意差は認められなかった。

なお、家族との同居および被害者との同

居の有無についても調査したところ、父母と同居していたものは受診歴あり群 34 名 (45.9%)、受診歴なし群 3 名 (25.0%)、父母以外の家族と同居していたものが受診歴あり群 6 名 (8.1%)、受診歴なし群 2 名 (16.7%) であり、両群間で有意差は認められなかった。

被害者と同居していたものは受診歴あり群 19 名 (25.7%)、受診歴なし群 2 名 (16.7%) であり、両群間で有意差は認められなかった。同居者ありに絞ってみると、被害者との同居は、受診歴あり群 19 名 (43.3%)、受診歴なし群 2 名 (40.0%) であった。

9) IQ

両群の言語性 IQ の平均値は受診歴あり群 82.4 (SD=17.1) : 受診歴なし群 94.5 (SD=17.7) であり、動作性 IQ の平均値は受診歴あり群 75.2 (SD=15.3) : 受診歴なし群 99.4 (SD=16.3)、全検査 IQ の平均値は受診歴あり群 76.9 (SD=16.0) : 受診歴なし群 96.5 (SD=17.1)、であった。解析の結果、受診歴なし群の方が言語性 IQ ($Z=-2.1$, $p<0.05$)、動作性 IQ ($Z=-3.9$, $p<0.001$) と全検査 IQ ($Z=-3.3$, $p<0.001$) とともに有意に低いことが示された。なお、言語性 IQ と動作性 IQ については受診歴あり群 14 名の欠損があり、また、全検査 IQ については受診歴あり群は 8 名分の欠損が存在していた。

また、言語性 IQ と動作性 IQ の乖離については、乖離なしが受診歴あり群 42 名 (70.0%)、受診歴なし群が 8 名 (66.7%)、言語性優位 (差が 15 以上) だったものは受診歴あり群 16 名 (26.7%)、受診歴なし群が 1 名 (8.3%)、動作性優位 (差が 15 以上) は受診歴あり群 2 名 (3.3%)、受診歴なし群が 3 名 (25.0%) であり、受診歴なし群

の方が動作性 IQ と言語性 IQ の間に動作性優位の乖離がある対象者の割合が多いことが示された($\chi^2=8.2$ 、 $df=2$ 、 $p<0.01$)。なお、受診歴あり群については 14 名分の欠損が存在している。

これらの IQ の値は WAIS-R によるもの 18 名、WAIS-III によるもの 50 名であり、残りはどちらを施行したか明記されていなかった。

10) 婚姻歴

対象行為までの婚姻歴については、受診歴あり群 15 名 (20.3%)、受診歴なし群 4 名 (33.3%) が婚姻歴を有しており、両群間で有意差は認められなかった。

11) 対象行為が精神科最終受診日から 2 ヶ月未満の群と 2 ヶ月以上の群の比較

両群の平均年齢は、2 ヶ月未満の群は 45.1 歳 ($SD=12.3$)、2 ヶ月以上の群は 41.2 歳 ($SD=16.1$) であった。

表 10~14 に各種入院に関する内訳を示した。受診歴あり群全体のうち、入院歴があるものは 56 名 (75.7%)、措置入院歴に関しては 0 回が 47 名 (63.5%)、1 回のものが 14 名 (18.9%)、2 回のものが 4 名 (5.4%)、3 回のものが 3 名 (4.1%)、4 回のものが 6 名 (8.1%) 存在していた。さらに、医療保護入院については、0 回のものが 49 名 (66.2%) であり、1 回~5 回のものが 25 名 (33.8%) であった。

また、精神科最終受診日からの経過日数を表 15 に示した。範囲は 0~6480 日、平均日数は 375.4 日 ($SD=1011.5$) であった。

中断日数が 2 ヶ月未満の群 (41 名) と 2 ヶ月以上の群 (33 名) に分け、カテゴリ変数についてクロス集計結果に基づくカイ二乗検定および残差分析を行った結果、F2 の類型について、妄想型は 2 ヶ月未満の群

20 名 (27.4%) : 2 ヶ月以上の群 10 名 (13.7%)、破瓜型は 2 ヶ月未満の群 5 名 (6.8%) : 2 ヶ月以上の群 3 名 (4.1%)、鑑別不能型が 2 ヶ月未満の群 4 名 (5.5%) : 2 ヶ月以上の群は 0 名 (0.0%) であった。類型に関する情報が得られなかったものあるいは F2 ではないものの内訳については、2 ヶ月未満の群は F2、3 名、F2 でないもの 9 名であり、2 ヶ月以上の群は F2、10 名、F2 でないもの 10 名であった。

さらに、両群の言語性 IQ の平均値は 2 ヶ月未満の群 83.6 ($SD=18.0$) : 2 ヶ月以上の群 80.6 ($SD=15.9$)、であり、動作性 IQ の平均値は 2 ヶ月未満の群 74.6 ($SD=15.4$) : 2 ヶ月以上の群 76.0 ($SD=15.6$)、全検査 IQ の平均値は 2 ヶ月未満の群 77.4 ($SD=16.4$) : 2 ヶ月以上の群 76.4 ($SD=15.7$) であった。解析の結果、有意な差は認められなかった。なお、言語性 IQ と動作性 IQ については 2 ヶ月未満の群 6 名分および 2 ヶ月以上の群 8 名分の欠損が存在している。

言語性 IQ と動作性 IQ の乖離については、乖離なしが 2 ヶ月未満の群 20 名 (57.1%)、2 ヶ月以上の群が 22 名 (88.0%)、言語性優位 (差が 15 以上) だったものは 2 ヶ月未満の群 13 名 (37.1%)、2 ヶ月以上の群が 3 名 (12.0%)、動作性優位 (差が 15 以上であったものは 2 ヶ月未満の群 2 名 (5.7%)、2 ヶ月以上の群が 0 名 (0.0%) であり、2 ヶ月未満の群の方が動作性 IQ と言語性 IQ の間に乖離がないものの割合が有意に少なく ($\chi^2=6.9$ 、 $df=2$ 、 $p<0.01$)、また、言語性優位の乖離がある対象者の割合が有意に多い ($\chi^2=6.9$ 、 $df=2$ 、 $p<0.05$) ことが示された。

なお、その他の変数については有意な結果は得られなかった。

その他の結果は表 16~24 に示した。

D. 考察

1) 精神科受診歴の有無

医療観察法入院対象者の 86.0%に精神科受診歴を認め、そのうち 75.7%の対象者が精神保健福祉法による入院歴を持っていた。さらに、最終受診日からの対象行為までの日数には、ばらつきが認められたが、1週間以内 16人、1ヶ月以内 37人と、精神科受診の直後や間もない時期に対象行為に及んでいた対象者も認められた。すなわち医療観察法対象者の精神科受診歴と対象行為時の状況を考慮すると、精神保健福祉法における「医療の継続性（アドヒアランス）」「再発予防」「早期危機介入」の課題が明らかとなった。また、これらの課題はとりもなおさず医療観察法の課題であり、医療観察法終了後の精神保健福祉法の課題でもある。

一方、精神科受診歴を持たない対象者も 14.0%おり、「医療の導入」も大きな課題であることが明らかとなった。近年、早期発見・早期治療が重視されているが、精神障害者が適切な医療を受けるためには、医療資源の存在(existence)、精神障害者による知覚(perception)、利用(utilization)の3段階が重要であるとされている。そのためには、医療機関を整備するとともに、医療機関への accessibility を向上させるための保健・福祉サービスの果たすべき役割も大きいと考えられる。

受診歴あり群と受診歴なし群の2群比較の結果、

1. 受診歴なし群の方が対象行為が自宅以外への放火であった対象者の割合が多い
2. 受診歴なし群の方が「年金生活者・専業主婦等」に該当する対象者の割合が多い
3. 受診歴あり群では言語性IQ・動作性IQ・全検査IQのすべてが有意に低い

4. 受診歴なし群では動作性IQと言語性IQの間に動作性優位の乖離がある対象者の割合が多いことが示された。

うち、2については、無職であることが社会的に容認される立場であるものほど疾患の発見が遅れ、医療に繋がりにくくなる可能性を示唆するものであると考えられる。たとえば、疾患の存在により就労は難しくとも、専業主婦としてはある程度機能できていた事例が存在していることや、専業主婦や定年退職後に老齢年金を受給している人々については同僚や上司などの第三者と接する機会が乏しく、異常を指摘される機会が少ないなどの理由が考えられる。

医療観察法の入院処遇対象者の中には女性の子殺しや女性および高齢者の放火の事例が含まれていることが知られている。女性の気分障害では、無理心中の結果としての実子殺しが起こる場合がある。そして、母子心中の場合、被害者は乳幼児であることも多いことから既遂に至ることも少なくない。また、放火は医療観察法の対象となる他害行為であるが、「弱さの犯罪」と表現されることからわかるとおり、肉体的に男性よりも劣る女性や高齢者でも実行しやすい対象行為であることがよく知られている。そのため、こうした層に対する早期発見・早期治療の方法について、今後検討・改善の余地があると考えられる。

さらに、3については、受診歴あり群は発症からの経過期間が長いことが予想され、IQが低下している事例が多く含まれる可能性がある。いずれにしても、発症からの期間、精神障害の類型など様々な要因が影響を与えていると考えられる。

これら一連の結果の解釈についてはサンプル数の少なさゆえに限界があるため、今

後より多くのデータを蓄積した上で医療導入段階での課題を有する層を同定し、医療に繋がるために適切な働きかけを行う方法について検討する必要性があると考えられた。

2) 対象行為が精神科最終受診日から 2 ヶ月未満の群と 2 ヶ月以上の群の比較

2 ヶ月未満の群と 2 ヶ月以上の群の比較については、対象行為が精神科最終受診日から 2 ヶ月未満の群の方が動作性 IQ と言語性 IQ の間に乖離がないものの割合が有意に少なく、かつ、言語性優位の乖離がある対象者の割合が有意に多いことが示唆された。

なお、通常、受診期間は個々の患者ごとに設定され様々である。たとえば、週に 1 回ごとの受診が必要だと判断される場合もあれば、1 ヶ月～2 ヶ月ごとの診察ペースが妥当と判断される場合もある。

また、最終受診日から対象行為までの日数が 0 日（受診後に対象行為が発生）のものが 4 名、1 日のものが 1 名、2 日のものが 4 名、3 日のものが 2 名、4 日のものが 2 名、5 日のものが 2 名、6 日のものが 1 名、7 日のものが 0 名、といったように、受診から一週間以内に対象行為が発生していた事例も少なからず含まれていることや、措置入院歴を有するものが一定以上の割合で存在していることは注目すべき点であろう。

本研究はサンプル数の少なさおよび精度の問題に由来する限界を抱えているが、今後、こういった要因が継続的な受診と結びつきやすいのか（あるいはこういった要因が受診中断と関連するのか）や、受診と服薬／病識／対象行為との関係等についてさらなる検討を加えるために、より精密なデータを蓄積した上で再検討する必要がある

と考えられる。

E. 結論

本研究により以下のことが明らかとなった。

1. 医療観察法入院対象者の 86.0%に精神科受診歴を認め、そのうち 75.7%の対象者が精神保健福祉法による入院歴を持っていた
2. 受診歴なし群の方が対象行為が自宅以外への放火であった対象者の割合が多かった
3. 受診歴なし群の方が「年金生活者・専業主婦等」に該当する対象者の割合が多かった
4. 受診歴あり群の方が言語性 IQ・動作性 IQ・全検査 IQ のすべてが有意に低かった
5. 受診歴なし群の方が動作性 IQ と言語性 IQ の間に動作性優位の乖離がある対象者の割合が多かった
6. 対象行為が精神科最終受診日から 2 ヶ月未満の群の方が動作性 IQ と言語性 IQ の間に乖離がないものの割合も有意に少なく、かつ、言語性優位の乖離がある対象者の割合が有意に多かった

しかし、本研究においてはサンプル数および調査項目の少なさおよびデータの精度に由来する限界が存在していることから、今後さらなる調査を行うことが望まれる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

- 1 平林直次：精神科クリティカルパス論 医療観察法におけるクリティカルパス.精神医療 62(4), 69-75, 2011
- 2 平林直次：クライシスプランの作り方 医療機関.精神科臨床サービス 11(3), 393-397,

2011

2) 研究発表

- 1 平林直次:第 3 回刑事鑑定ワークショップ:
事例検討(コーディネーター).第 7 回日本司法精神医学会大会,岡山, 2011.6.4-5
- 2 永田貴子, 大森まゆ, 朝比奈次郎, 新井薫, 佐藤英樹, 三澤孝夫, 澤恭弘, 黒木規臣, 平林直次, 五十嵐禎人:医療観察法入院対象者の予後調査.第 7 回日本司法精神医学会大会,岡山, 2011.6.4-5
- 3 平林直次:シンポジウム 医療観察法医療から精神医療全般への展開.第 107 回日本精神神経学会学術総会,東京, 2011.10.26-27
- 4 平林直次:シンポジウム 司法領域における精神科リエゾン活動.第 24 回日本総合病院精神医学総会,福岡, 2011.11.25-26
- 5 平林直次:シンポジウム座長 精神内科疾患でみられる精神症状.第 24 回日本総合病院精神医学総会,福岡, 2011.11.25-26
- 6 平林直次:コアシンポジウム 医療観察法医療から精神保健福祉法医療への新たな展開.第 31 回日本社会精神医学会,東京, 2012.3.15-16
- 7 松本聡子, 平林直次, 永田貴子, 黒木規臣, 大森まゆ:医療観察法入院処遇対象者の精神科受診歴の有無に関する予備的調査.第 31 回日本社会精神医学会,東京, 2012.3.15-16

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

なし

表1 性別 n=86

	男	女
受診歴あり群	64 (83.3%)	10 (16.7%)
受診歴なし群	10 (86.5%)	2 (13.5%)

表2 診断名 (ICD10) n=86

主診断	受診歴あり群	受診歴なし群
F0	2 (2.7%)	0 (0.0%)
F1	11 (14.9%)	1 (8.3%)
F2	55 (74.3%)	9 (75.0%)
F3	4 (5.4%)	2 (16.7%)
G40	2 (2.7%)	0 (0.0%)

表3 他害行為の種類 n=86

	受診歴あり群	受診歴なし群
傷害	28 (37.8%)	2 (16.7%)
殺人	28 (37.8%)	6 (50.0%)
医療観察法 対象行為		
放火	13 (17.6%)	3 (25.0%)
強盗	3 (4.1%)	1 (8.3%)
強制わいせつ	2 (2.7%)	0 (0.0%)
強姦	0 (0.0%)	0 (0.0%)

表4 被害者の種類 n=86

	受診歴あり群	受診歴なし群
両親	16 (21.6%)	2 (16.7%)
知人	21 (28.4%)	5 (41.7%)
不知者	23 (31.1%)	2 (16.7%)
放火	14 (18.9%)	3 (25.0%)

表5 触法歴 n=86

	受診歴あり群	受診歴なし群
なし	38 (51.4%)	8 (66.7%)
起訴猶予・不起訴	17 (23.0%)	0 (0.0%)
罰金	4 (5.4%)	3 (25.0%)
執行猶予	5 (6.8%)	0 (0.0%)
実刑	10 (13.5%)	1 (8.3%)

表6 職歴 n=86

	受診歴あり群	受診歴なし群
最長が7年未満	59 (79.7%)	10 (83.3%)
7年以上14年未満	7 (9.5%)	1 (8.3%)
14年以上	8 (10.8%)	1 (8.3%)

表7 対象行為時の就労状況 n=86

	受診歴あり群	受診歴なし群
無職	58 (78.4%)	7 (58.3%)
年金生活者・専業主婦等	6 (8.1%)	5 (41.7%) ***
有職	10 (13.5%)	0 (0.0%)

$\chi^2 = 11.3$
 ****...p<0.001

表8 学歴 n=86

	受診歴あり群	受診歴なし群
中卒以下	17 (23.0%)	0 (0.0%)
高校中退	18 (24.3%)	5 (41.7%)
高卒	16 (21.6%)	3 (25.0%)
高卒後進学	23 (31.1%)	4 (33.3%)

表9 同居 n=86

	受診歴あり群		受診歴なし群	
	人	%	人	%
なし	29	(39.2%)	7	(58.3%)
あり	45	(60.8%)	5	(41.7%)

表10 入院歴の有無 n=74

	人	%
あり	18	24.3
なし	56	75.7

表11 措置入院回数 n=74

	人	%
0回	47	63.5
1回	14	18.9
2回	4	5.4
3回	3	4.1
4回	6	8.1

表12 医療保護入院回数 n=74

	人	%
0回	49	66.2
1回	13	17.6
2回	7	9.5
3回	2	2.7
4回	2	2.7
5回	1	1.4

表13 任意入院回数 n=74

	人	%
0回	58	78.4
1回	8	10.8
2回	6	8.1
4回	1	1.4
28回	1	1.4

表14 入院形態不明 n=74

	人	%
0回	36	48.6
1回	13	17.6
2回	4	5.4
3回	7	9.5
4回	2	2.7
5回	3	4.1
6回	2	2.7
7回	1	1.4
8回	3	4.1
9回	2	2.7
22回	1	1.4

表15 中断日数 n=74

	人	%
0日	4	5.4
1	1	1.4
2	4	5.4
3	2	2.7
4	2	2.7
5	2	2.7
6	1	1.4
9	4	5.4
10	1	1.4
11	2	2.7
12	2	2.7
13	3	4.1
16	2	2.7
18	1	1.4
22	1	1.4
27	1	1.4
30	3	4.1
31	1	1.4
34	1	1.4
40	1	1.4
49	2	2.7
102	1	1.4
105	1	1.4
115	1	1.4
130	1	1.4
146	1	1.4
149	2	2.7
213	1	1.4
224	1	1.4
227	1	1.4
238	1	1.4
239	1	1.4
388	1	1.4
399	1	1.4
502	1	1.4
504	1	1.4
597	1	1.4
601	1	1.4
937	1	1.4
1587	1	1.4
1813	1	1.4
2055	1	1.4
2433	1	1.4
3881	1	1.4
6480	1	1.4
不明	8	10.8

表16 性別 n=74

	男		女	
	人	%	人	%
2ヶ月未満	35	(85.4%)	6	(14.6%)
2ヶ月以上	29	(87.9%)	4	(12.1%)

表17 診断名 (ICD10) n=74

主診断	2ヶ月未満		2ヶ月以上	
	人	%	人	%
F0	1	(2.4%)	1	(3.0%)
F1	3	(7.3%)	8	(24.2%)
F2	32	(78.0%)	23	(69.7%)
F3	3	(7.3%)	1	(3.0%)
G40	2	(4.9%)	0	(0.0%)

表18 他害行為の種類 n=74

	2ヶ月未満	2ヶ月以上
傷害	13(31.7%)	15(45.5%)
殺人	18(43.9%)	10(30.3%)
医療観察法 対象行為	8(19.5%)	5(15.2%)
強盗	1(2.4%)	2(6.1%)
強制わいせつ	1(2.4%)	1(3.0%)
強姦	0(0.0%)	0(0.0%)

表19 被害者の種類 n=74

	2ヶ月未満	2ヶ月以上
両親	9(22.0%)	7(21.2%)
知人	13(31.7%)	8(24.2%)
不知者	11(26.8%)	12(36.4%)
放火	8(19.5%)	6(18.2%)

表20 触法歴 n=74

	2ヶ月未満	2ヶ月以上
なし	24(58.5%)	14(42.4%)
起訴猶予・不起訴	8(19.5%)	9(27.3%)
罰金	3(7.3%)	1(3.0%)
執行猶予	2(4.9%)	3(9.1%)
実刑	4(9.8%)	6(18.2%)

表21 職歴 n=74

	2ヶ月未満	2ヶ月以上
最長が7年未満	34(82.9%)	25(75.8%)
7年以上14年未満	4(9.8%)	3(9.1%)
14年以上	3(7.3%)	5(15.2%)

表22 対象行為時の就労状況 n=74

	2ヶ月未満	2ヶ月以上
無職	32(78.0%)	26(78.8%)
年金生活者・専業主婦等	3(7.3%)	3(9.1%)
有職	6(14.6%)	4(12.1%)

表23 学歴 n=74

	2ヶ月未満	2ヶ月以上
中卒以下	9(22.0%)	8(24.2%)
高校中退	10(24.4%)	8(24.2%)
高卒	8(19.5%)	8(24.2%)
高卒後進学	14(34.1%)	9(27.3%)

表24 同居 n=74

	2ヶ月未満	2ヶ月以上
なし	19(46.3%)	10(30.3%)
あり	22(53.7%)	23(69.7%)

3. 医療観察法の医療情報等の効率的な活用による

社会復帰促進に関する研究

研究分担者 村上 優

独立行政法人国立病院機構 琉球病院

平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
重大な他害行為をおこした精神障害者の適切な処遇及び社会復帰の推進に関する研究
分担研究報告書

医療観察法の医療情報等の効率的な活用による社会復帰促進に関する研究

研究分担者 村上 優 国立病院機構 琉球病院

研究要旨

医療観察法の医療を円滑に実施する上で、現病歴や生活歴、入院後経過等の情報伝達は不可欠である。本研究班では入院処遇と通院処遇の間でシームレスな医療情報の伝達を実現するためのシステムの検討を行った。具体的には①診療支援システム（入院電子カルテ）の改訂、通院診療支援システムの提案、②診療支援システムを結ぶネットワークシステム、③バックアップシステムについて議論を重ねた。

また、診療情報の精度向上を目的として医療観察法診療情報管理研修会を開催した。参加者へのアンケート結果では、研修内容への理解度は高く、継続的な開催、研修時間の延長を求める意見が多かった。今年度は診療支援システムマニュアルの改訂も行い、本研修会で配布した。

研究協力者（五十音順）

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所司法精神研究部

岡田幸之 部長

菊池安希子 室長

国立精神・神経医療研究センター病院

平林直次 部長

国立病院機構 肥前精神医療センター

壁屋康洋 室長

国立病院機構 琉球病院

池田太一郎 医師

東海大学

柑本美和 准教授

適切な医療を提供し、円滑な社会復帰を促進するためには、医療機関での医療情報の収集、転院等の際には医療情報の確実な伝達が求められる。本研究では入院処遇と通院処遇の間でシームレスな医療情報の伝達を実現するための診療支援システムを開発する。

また、医療観察法の効果検証や実態把握に役立てるため、医療情報の収集や保存についても医療面、技術面、倫理面、法律面などから議論を重ね、その方策を提案する。

B. 研究方法

1) 研究班会議での議論

昨年度に続き、シームレスな医療情報

A. 研究目的

の伝達等の実現のために、指定医療機関の医療従事者、研究者、技術者、法律家らと①診療支援システムの改訂、②ネットワークシステムおよび③バックアップシステムの構築について実現に向けた課題や問題点の整理を行った。

2) 医療観察法診療情報管理研修会

昨年度の分担班会議において、診療支援システムの入力情報のばらつき、誤った記入等について意見があり、平成23年度は入力精度の向上を目的として研修会を開催することとなった。平成23年7月の分担班会議で事前打ち合わせを行い、平成23年8月19日に国立精神・神経医療研究センター（東京都小平市）において、指定入院医療機関のスタッフを対象に、医療観察法診療情報管理研修会を開催した。会場にサーバーを設置し、模擬事例で実際にPCを使った操作演習を実施した。

また、理解度や感想について意見聴取するアンケート調査を実施した。研修会の資料およびアンケート結果は資料1のとおりである。

3) 診療支援システムマニュアルの改訂

前年度に引き続き、診療支援システムの実務上の説明書となる「診療支援システムマニュアル」の改訂作業を行った。

C. 研究結果

1) 診療支援システムの作成にあたって、肥前精神医療センターが中心となって機能・仕様について協議をしていた経緯から、同院に導入後のトラブルや問い合わせが多くなることが多く、これらの意見をリストアップした（資料2：一部を示す）。また、モニタリングを行っている研究者から、転院前

後でのデータの不一致があるとの指摘もあり、診療情報の精度を向上させるための方策が班会議で話し合われた。通常、医療機関では患者誤認事故を防ぐために患者番号を割り振っているが、医療機関ごとに桁数や規則性が異なるため、処遇中での確認番号を作成する案が出された。また、既存の電子カルテとの連携、初回の入院施設や当初審判での処遇等を記入する項目を設けることも提案された。

指定入院医療機関は28施設（平成23年10月1日現在）が稼働しており、北は岩手県から南は沖縄県までの広範囲である。診療支援システムの情報は各医療機関が管理しているが、患者情報を保存しているサーバーを消失した場合、患者情報が永久に失われる可能性がある。

東日本大震災後の首相官邸の政策会議「医療情報化に関するタスクフォース（平成23年9月29日）」においても、医療機関に一元的に保管されている場合には、被災により医療情報が消失し、医療の需要が高い状況下でありながら、適切な医療サービスを受けることが短期的にも中期的にも困難になるというリスクが指摘されている。加えて、課題の解決には、離れた場所に医療情報のバックアップを作成することが有効であると提言されている。具体的方策として、各医療機関等が外部保存を行う、医療機関が相互にバックアップを行う、あるいは患者自身が必要最小限の自己の医療情報を別途所持するということが挙げられている。

班会議では、指定入院医療機関に2カ所、東西でバックアップを行う案が出された。また、データ集積の方法としては、インターネット回線を利用したネットワークシステムの利用（オンライン案）、USBメモリ

等で定期的にデータを郵送する（オフライン案）が挙げられた。インターネット回線の利用、つまりオンライン案は、情報収集が簡便である一方でセキュリティ対策が求められる。費用が高くなるが、仮想プライベートネットワーク網（VPN:Virtual Private Network）を利用すればセキュリティ向上が見込まれる。オフライン案でも、作業負担増、情報の遅延、手間が増えることでのデータ紛失リスクが挙げられた。

2) 指定入院医療機関に開催案内を送付し、35名が出席した。会場規模や予算の関係から、各医療機関の参加人数は1名とした。2つの医療観察法病棟を有する病院、準備協力を依頼した病院等については複数名の参加となった。参加者の選定については、医療機関により情報管理、システム担当が異なるため、当該医療機関の管理者に依頼した。

35名の参加者に対して、回収率は100%、有効回答率は82.9%であった。年齢は30代が約半数で、8割が男性職員であった。職種は66%が看護師で、次いで17%がその他であった。勤務年数は1年未満が26%と最も多く、次いで2~3年が23%であった。各講義への理解度については、いずれについても「まあまあ理解できた」が5割ほどを占め、次いで「理解できた」が4割近くであった。

3) 改訂後の診療支援システムマニュアルについては、前項の研修会で配布した。説明文の他に実際の操作画面を示していることもあって総頁数が200頁以上と分量が多くなった。

D. 考察

1) 診療支援システムの改訂に向けて、修正・追加項目の具体的な議論を重ねた。既存の電子カルテとの連携、具体的には処方や検査のオーダーリング、医事会計の連携を検討しているが、効率化の観点からも必要と思われる。一部紙媒体で行っていた業務が、病院既存の電子カルテとの連携により、診療支援システムに反映されることで、入力情報の増加が期待される。また、転院や退院後の通院への移行、再入院を意識し、対象者の移動に伴って医療情報も円滑に伝達される、過去の診療情報が確認できるシステム作りが必要と思われる。

2) 医療観察法診療情報管理研修会の開催に向けて、分担班会議で講義内容や演習方法について事前に打ち合わせ、初回の開催ではあったが、充実した研修会を実施することができた。また、アンケート結果からも参加者の理解度は高く、継続的な開催、研修時間の延長を求める意見が多かった。診療支援システムの実務面での問題解決、統一的な入力を行うため話し合いの場がなかったことから、このような意見が出たと推察される。参加者にとって、実務に反映できるような情報発信や研修の場を設けることは非常に有意義であると思われた。

3) 診療支援システムマニュアルの説明の追加や修正を行うことで、現場にとって分かりやすい内容となった。既に医療観察法病棟で勤務している者の理解向上にとっても有用であるとともに、新規で勤務する者への教育や指導のツールとしても有用と思われる。

E. 結論

心神喪失者等医療観察法の処遇における

シームレスな医療情報の伝達のため、精神医学、法学等の分野で、実務や研究に従事している者による研究を行い、当研究班の議論を重ねた。診療支援システムの改訂、バックアップシステム等について一定の方向性が示される結果となったが、今後もさらに検討を加えていく必要がある。

また、今年度は医療観察法診療情報管理研修会の開催を行った。診療支援システムの操作や統一的な診療情報の入力について、実務者が話し合える場を設けられたことは質向上の観点から有効であった。診療支援システムマニュアルについては改訂作業を終えたが、今後もバージョンアップに向けて意見収集を行っていく必要がある。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 論文発表

- 1 村上優：医療観察法と多職種チーム医療。日精協誌, 30: 59-64, 2011
- 2 村上優：医療観察法の存続は可能か・指定入院医療機関より。精神誌, 115: 468-476, 2011
- 3 村上優：物質使用障害の精神鑑定の実際。精神医学, 53: 973-981, 2011

2) 研究発表

- 1 村上優：医療観察法における「治療反応性」。第7回日本司法精神医学大会, 東京, 2011.6.4

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

平成 23 年度医療観察法診療情報管理研修会

(1) タイムテーブル

医療観察法診療支援システム 診療録管理士研修会

2011/8/19 於:国立精神・神経医

タイトル	資料
9:00 受付	(利用端末の設定とウイルススキャン)
9:30~10:30 導入	スライド
統計データ出力可能な変数	診療支援システム変更内容説明書(CSV出力)
統計データからの問題事例	データチェックの方法初版
元データの修正の仕方	統計不正データ事例集
統計データ出力によるデータ確認	サーバー
10:30~10:45 休憩	(以降持参した端末を利用)
10:45~12:00 マニュアル概説	医療観察法診療支援システム操作マニュアル 操作マニュアルのポイント 診療支援システム画面
12:00~13:00 昼休み	
13:00~14:00 マニュアル概説	医療観察法診療支援システム操作マニュアル 操作マニュアルのポイント 診療支援システム画面
14:00~14:15 休憩	
14:15~15:00 マニュアル概説 退院処理 特定病床管理 転院処理 質疑	医療観察法診療支援システム操作マニュアル 操作マニュアルのポイント 診療支援システム画面 サーバー
15:00~15:15 今後の改訂	スライド
休憩と各施設の転院事例の照合	(利用端末の設定を戻す)
15:15~16:00 全体討論	
2011年度定点調査について	スライド サーバー

問題点・意見リスト

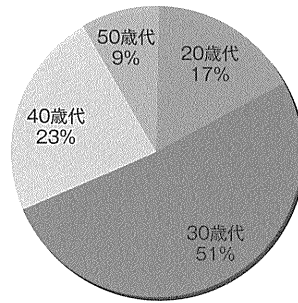
医療観察法診療支援システム							導入工程全般		作成日 修正日						
No.	管理番号	状況	大分類	中分類	小分類	発生部署	担当(報告者) 人名を必ず記入!	内容	要望多い	重要度	原因	対策/結果	問題点 (内容/原因) の記載者	MOM T 担当 (対策/結果 の記載者)	発生日
			発生数	不明	重複	完了数	完了率	未対応							
			149	0	0	xxx	xxx	xxx							
1	55	保留	☆要望	オーダー	mECT	研修会		mECTオーダーができること。		低		とりあえず処置オーダーで対応していただく。			2005/5/9
2	58	保留	☆要望	移動・給食	外出・外泊	研修会		オーダーの中に外出・外泊をいれる。そこに、退院前訪問に関してもチェックを入れるようにする。オーダーだけでなく、外出・外泊の手続きに関する画面が必要。		低	●外出/外泊オーダーについては、病床管理より行います。 ●手続きに関する画面とは、申請承認となりますか？ ●「退院前訪問のチェック」とは、項目として準備すればよろしいですか？	退院前訪問どのような情報を管理したいのか？ 6/23 具体的な案を作成していただく 2次開発以降の要件			2005/5/9
3	66	保留	☆要望	共通	印刷機能	研修会		全画面の印刷(ctrl+P)で画面がそのままA4用紙に印刷できるようにする。		中	スクロールしないと見えない部分を印刷したい。				2005/5/23
4	85	保留	☆要望	患者情報	患者情報	研修会		検査結果に感染症結果(HIV、B型、C型、TPHA)が存在した場合、患者情報の同項目に編集する。		低		患者情報の仕組みを考える。 CSMAINを参考にする。			2005/5/23
5	96	保留	☆要望	フローシート	フローシート	研修会		服薬ではなく拒薬に変更。		低	監査時に指摘されるのではないのか？	内容の確認が必要			2005/5/24
6	103	保留	☆要望	患者情報	患者検索	研修会		新規患者登録ボタンを病床管理画面に移動したい。		低	患者検索機能の中に含まれることがおかし。				2005/5/24
7	194	保留	☆要望	看護		A病院		病棟管理日誌をシステム化してほしい。		低		EXCELイメージ。勤務者は不明。 オプションとして対応いたします。 (対応日未定)			2005/7/13
8	198	保留	☆要望	フローシート		A病院		フローシート項目を増やせないか？		低	ワークシート項目を5個に増やせないか？	確認します。			2005/7/13
9	199	保留	☆要望	フローシート		A病院		カードックスのその他の項目には、ワークシート項目 内容がないと意味が無い。		低		対応いたします。			2005/7/13
10	243	保留	☆要望	オーダー	処方	操作練習		医師より処方オーダーの内容の総合記録が見づらいとの指摘がありました。 例えば、薬剤の数量および用法を右寄せで表示することはできませんか。 または、用法のみ色を変えることはできませんか。		○中		検討します。			2005/8/4

※一部を示す

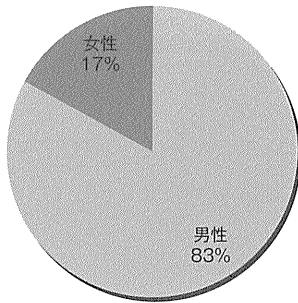
医療観察法診療情報管理研修会
アンケート結果

実施対象	35
回収率	100%
有効回答率	82.9%

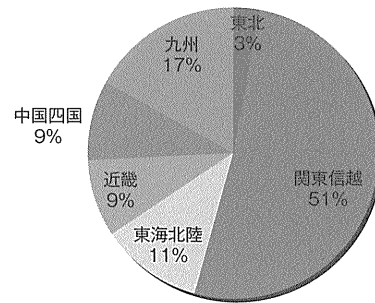
(1) 年齢



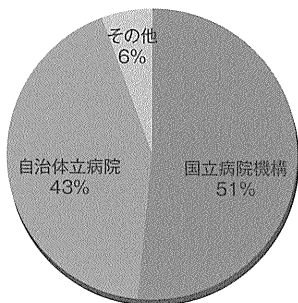
(2) 性別



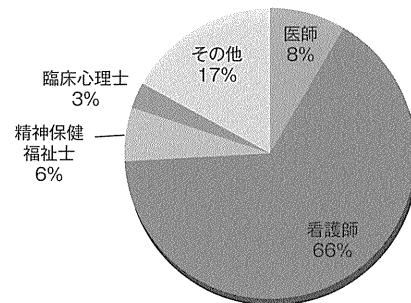
(3) 病院のあるエリア



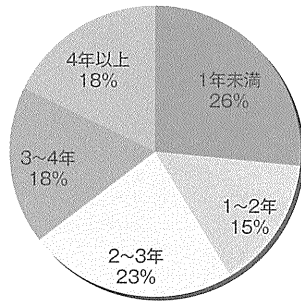
(4) 設置主体



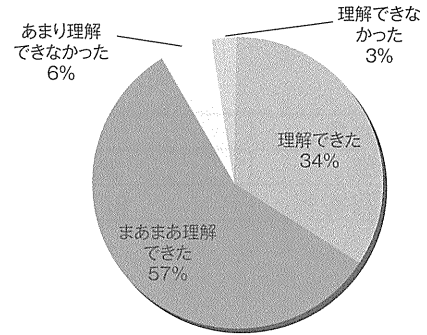
(5) 職種



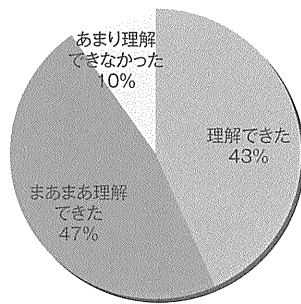
(6) 勤務年数



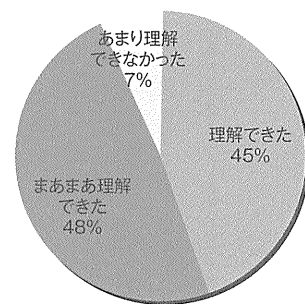
(7) 「診療支援システムの運用指針」の理解度



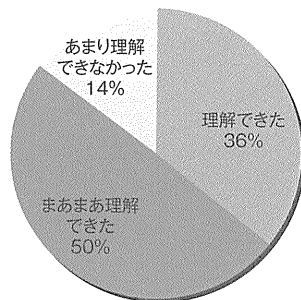
(8) 「提出文書に必要な項目」の理解度



(9) 「統計情報に必要な項目」の理解度



(10) 「サーバーからの統計情報の取り出し・データの修正手順」の理解度



4. 医療観察制度導入後における触法精神障害者への
精神保健福祉法による対応に関する研究

研究分担者 吉住 昭

独立行政法人国立病院機構 花巻病院