

医療観察法における鑑定入院アウトカム指標の確立と検証に関する研究

研究代表者 椎名明大 (千葉大学社会精神保健教育研究センター)

成果報告書(完全版)

1. 研究開始当初の背景

(1)医療観察法の成立と鑑定入院制度

他害行為を起こした精神障害者の処遇決定プロセスとその治療は、司法精神医学における大きな課題であり、国際的にも関心の深いテーマである。しかし我が国では長年に渡り司法精神医療に特化した法的枠組みが存在しなかった。そしてこのことは人権及び医療面で批判的に議論されてきた。

それらの議論を踏まえ、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療および観察等に関する法律(以下「医療観察法」という。)」が制定され、2005 年に施行された。医療観察法は、精神障害の影響により重大な他害行為を起こした者の審判、鑑定、治療及び社会復帰支援等の枠組みを定めたものであり、我が国で初めて司法精神医療を制度化したものであるといえる。

医療観察法の対象者は、裁判所での審判に付され、その決定に従って指定入院医療機関又は指定通院医療機関での治療を受ける。審判において医療の必要性を判断するため、対象者は鑑定医による鑑定を受ける。この鑑定その他医療的観察のために、対象者は裁判所の指定する施設に最長 3 ヶ月間入院させられる。これを鑑定入院という。

(2)鑑定入院制度の問題点

この鑑定入院制度については、医療観察法制度施行当初より多くの問題点が指摘されてきた。政府は鑑定入院医療機関の施設基準や医療内容をほとんど明示しておらず、運用の実態をモニタリングする仕組みもない。また、鑑定入院における診断や治療の水準にはバラツキが著しいとの指摘もあった。その多くが精神障害による他害行為を起こした直後であって濃厚な医療を必要としている対象者であるのに、適切な医療が保障されていないというのは、医療観察法制度自体の欠陥であるともいえる。

さらに、鑑定入院に求められる目標が定義しづらいという点がこの問題を複雑にしている。鑑定入院の目的は、法律上は「鑑定その他医療的観察」とされ、この鑑定とは、実際には治療を行いながら反応性を見る「関与しながらの鑑定」である。このため、特に看護サイドでは、中立的な観察に

基づく鑑定と、対象者の支援に傾倒した医療的観察との間で、ジレンマに陥りがちである。

さらに、鑑定入院した対象者のうち 2 割が審判において不処遇決定若しくは申立却下とされている事実を鑑みると、鑑定入院そのものの正当性の評価や、鑑定入院を終了した対象者の処遇に関するマネジメントまでもが、鑑定入院に携わる者に求められることになる。すなわち、鑑定入院中に適切な処遇を施されることが、その対象者の社会的予後を改善する可能性が示唆されるのである。

(3)先行研究の概略とその成果

このように、医療観察法の鑑定入院制度は、その法的整合性から運用面の問題に至るまで、重層的な論点を抱えている。筆者は医療観察法施行以前から本制度に携わる者として、かかる問題を「運用実態が明らかでない」「医療の質にバラツキがある」「目標設定が明確でない」の三つに大別し、各々に応じた学術的アプローチを用いて検討を重ねてきた。

一つは、鑑定入院した対象者の属性及び処遇内容等に関して継続的にモニタリングを行い、その実態を明らかにすることである。筆者は制度施行直後である平成 18 年度から昨年度に至るまで約 10 年間に渡り、全国の鑑定入院医療機関に対する事例調査に毎年参画しており、鑑定入院医療機関の属性、鑑定入院対象者の性質、鑑定入院中に実施された治療内容等について経時的なデータ収集・分析を行ってきた。その結果、制度施行当初である 2006 年に比べ 2013 年においては、いくつかの点において運用面での改善が図られていることが明らかになった。一方で直近の 2014 年にあっても、対象者の診療に当たる鑑定入院医療機関の医療従事者が医療観察法に関する十分な知識を有していないことも示唆されている。

第二に、エビデンスに基づく適切な鑑定入院医療のあり方を提案することで、鑑定入院医療の均霑化を図る取組みを行った。申請者は、鑑定入院の運用に対する考え方が司法精神医療のエキスパートと一般精神医療従事者との間で異なっていることに着目し、鑑定入院医療機関の規格や鑑定入院中の種々の状況に対する行動指針について、エキスパートコンセンサスの確立を試みた。計 60 項目における 299 の治療選択肢において統計学的有意差を以てコンセンサスが成立した。結果を踏まえ、申請者らは「医療観察法鑑定入院における対象者の診療に関する指針(鑑定入院診療ガイドライン)」を策定した。追跡調査により各鑑定入院医療機関への浸透が確認されている。

そして三番目に、鑑定入院の目標設定の明確化にあたり、実際に行われた鑑定入院が対象者及び社会にとって実りあるものであったか否かを事後的に検証するための基準作りが必要である。筆者は先行研究において、鑑定入院のアウトカム(成果)を操作的に定義づけるための指標(鑑定入院アウトカム指標)の抽出を試みた。鑑定入院のアウトカム評価を行うに当たって考慮すべき事項を網羅的な文献調査により収集し、多職種 19 名のエキスパートパネルがデルファイ法を用いて各項目に対するフィードバックを重ねた結果、計 139 項目が鑑定入院アウトカム指標として妥当性があるとして抽出された。

(4)残された課題

以上の通り、先行研究により鑑定入院の運用実態は概ね把握がなされるようになり、またその医

療水準も、筆者らの取組みをはじめ関係者の尽力により、徐々に向上しつつある。しかし個々の鑑定入院対象者が適切な処遇を施されたか否かの検討は未だ進んでいない。

先行研究により抽出されたアウトカム指標は、鑑定入院の終結後に関係者から聴取することで、その適切性を事後的に評価するための調査項目である。各項目の評価者間信頼性は検証されていない。また各項目の妥当性はエキスパートレベルでは実証されているが、臨床現場においても検証する必要がある。さらに、現実的にアウトカム指標を活用するためには、項目数の絞り込みや重み付けも必要である。

2. 研究の目的

本研究の目的は、先行研究で得られた鑑定入院アウトカム指標の評価者間信頼性、妥当性、臨床的可用性、因子構造等を検証し、その内容を洗練することにより、医療観察法の鑑定入院事例についてその適切性を事後的に検証できる客観的な評価方法を確立させることである。

3. 研究の方法

【概要】

鑑定入院した対象者及びその関係者に対し、先行研究に基づき選定された鑑定入院アウトカム指標の各項目に対する評価を求める。また対象者に対しては ESSEN-CES-J による病棟風土評価、また全評価者に対して Visual Analog Scale による鑑定入院に対する主観的満足度の評価を求める。その他鑑定入院についての意見・感想を面接において聴取する。

【選択基準】

研究協力施設として選定された鑑定入院医療機関に、研究期間内に鑑定入院した対象者であって、本研究への協力に同意した者。また、その家族、主治医、鑑定医(主治医と同一の場合は同一人物)、担当看護師(各対象者につき2名から回答を得る)、多職種チーム構成員(鑑定入院医療機関の状況に応じて精神保健福祉士または臨床心理技術者等から回答を得る)、担当社会復帰調整官、担当付添人(弁護士)、対象者を受け入れる指定医療機関の担当医であって、対象者及び本人が本研究への協力に同意した者。

対象者20名の参加を目標とする。

【除外基準】

主治医が研究参加を不適当と判断した患者ないしその家族は研究対象から除外する。

【調査項目】

1. 鑑定入院アウトカム指標

先行研究で得られた全139項目の鑑定入院アウトカム指標のうち、該当する評価者毎の評価項目について、今回の鑑定入院での達成の有無に関し「はい」「どちらともいえない」「いいえ」の3検法で回答を求めた。ただし項目が事例になじまない場合には「非該当」の回答を認めた。

なお、評価者が「事後調査」として設定されている 2 項目については、主治医と多職種チーム構成員にそれぞれ評価してもらい、後で評価者間信頼性を確認することとした。

2. 主観的満足度

今回の鑑定入院に対する主観的満足度について、100 点満点での評価を求めた。

3. ESSEN-CES-J

対象者本人に対してのみ、エッセン精神科病棟風土評価スキーマ日本語版(ESSEN-CES-J)の評点を求めた。ESSEN-CES-Jは患者により病棟の風土を評価するための自記式評価尺度であり、日本語版が標準化されている。

4. 鑑定入院に対する意見

その他、鑑定入院に対する意見を、自由記載及び面接での聴取により収集した。

5. 鑑定入院アウトカム指標の可用性アンケート

対象者と家族を除く評価者に対し、先行研究で得られた全 139 項目の鑑定入院アウトカム指標の全項目に対し、「二分性:「評価者は「はい」か「いいえ」で回答が可能である」、明確性:「項目の意味が具体的で明確である」、評価性:「この項目は事例によって回答が分かれやすい」のそれぞれについて、「1:思わない 2:あまり思わない 3:どちらともいえない 4:やや思う 5:思う」の 5 検法で評価を求めた。

【統計解析】

統計解析手法としては項目の性質に応じて、 χ^2 検定、一元配置分散分析、信頼性評価(クロンバッハの α 係数、相関係数)等を採用した。統計ソフトウェアとして IBM 社の SPSS22 を用いた。

【倫理上の配慮】

本研究は「医療観察法における鑑定入院アウトカム指標の確立と検証に関する予備調査研究」として千葉大学大学院の倫理審査委員会での研究計画について審査を受け、承認された(千大医総第 274 号、平成 28 年 7 月 22 日)。

すべての評価者に対し、研究協力に先立ち、研究計画について書面により説明し、自署による同意を得たうえで研究を実施した。

4. 研究成果

(1)回収率

実査期間内に研究協力機関に鑑定入院した対象者計 20 名から研究協力に関する書面での同意を取得した。その際、対象者の処遇に関与する者(家族、主治医、鑑定医、看護師、鑑定入院医療機関の多職種チームのメンバー、社会復帰調整官、付添人、指定医療機関の主治医)からも対象者に関する情報を得ることについても同意を取得した。

係る同意に基づき、対象者の処遇に関与する者に順次接触を試みて、各々に対し研究協力に関する書面での同意を取得した。その結果、家族については 2 名、主治医については 21 名(評価者間信頼性を検証する目的で、複数主治医制を取っている研究協力機関において 2 名の主治医

から同意を得た事例を含む)、鑑定医については 20 名、担当看護師については 38 名(評価者間信頼性を検証する目的で各対象者につき 2 名から同意を得た)、多職種チームのメンバーについては 19 名、社会復帰調整官については 20 名、付添人については 12 名、指定医療機関の主治医については 8 名から同意を取得して回答を得た(人数はそれぞれ延べ)。合計標本数は 160 とする。

すなわち、患者、主治医、鑑定医及び社会復帰調整官については回収率 100%を達成したが、その他の職種については退職等の理由により一部回答が得られないことがあった。また家族は鑑定入院医療機関の意向により接触が困難だったことが多く、付添人は鑑定入院医療機関に在籍していないこともあり、回収率が低くなった。指定医療機関については、研究協力機関である指定医療機関からの回答のみ収集することができた。

鑑定入院アウトカム指標の可用性アンケートについては、延べ 160 名に回答を依頼し、計 45 通の回答を回収した。依頼人数は延べであり鑑定医や社会復帰調整官等の多くが重複しているため、正確な回答率は算定できないが、おそらく 30%程度と考えられる。

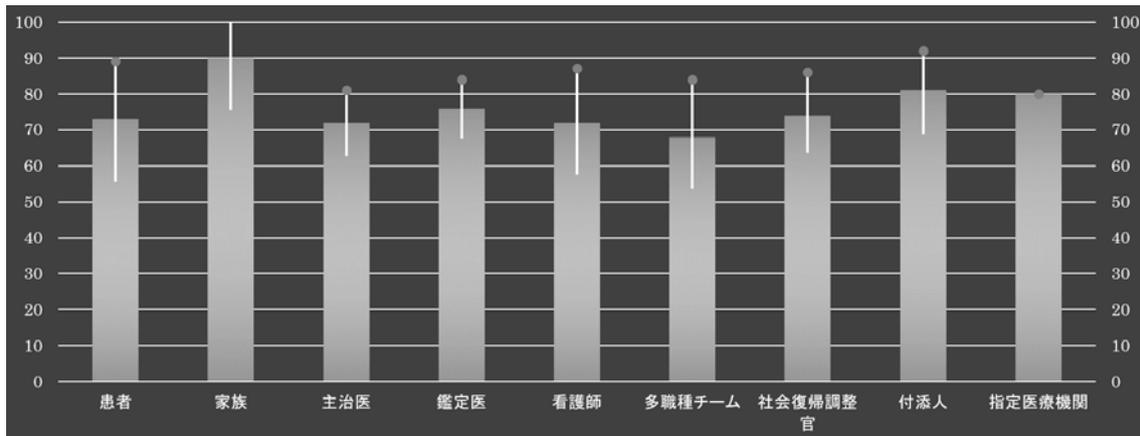
【考察】

当初の計画通り 20 例についてデータを収集することができた。ただし、家族については、鑑定入院医療機関へのアプローチではデータの収集が困難であった。これは、医療観察法の対象者の中には家族との関係が悪い者が多いこと、鑑定入院での処遇で家族関係調整にあまり注力していないことが多いことと関連している可能性がある。家族による評価は、鑑定入院の質を評価するうえで重要かもしれないが、実現可能性やバイアスの排除に課題がある。また付添人や指定医療機関といった鑑定入院医療機関に所属していない者から評価を受けるためには、何らかの新しい仕組みを講ずる必要がある。

可用性アンケートについては、調査項目が計 417 項目もある大部なものであるため、回答率 30%というのは決して低くない。むしろ回答した評価者の本研究課題に対する関心の高さを示す結果といえる。ただし選択バイアスが大きいいためデータの代表性には一定の留保がつく。

(2)主観的満足度

各評価者に対して鑑定入院に対する主観的満足度を 100 点満点の Visual Analog Scale で問うた結果は、下図の通りであった(箱は平均値を、ひげは標準偏差を示す)。



	対象者	家族	主治医	鑑定医	看護師	MDT	調整官	付添人	指定医療機関
人数	20	2	21	20	37	19	20	12	8
平均	73	90	72	76	71	68	74	81	80
標準偏差	17	14	9	8	14	15	12	12	0
最大	100	100	100	90	100	85	90	100	80
最小	45	80	50	70	30	40	50	50	80

評価者間の主観的満足度のばらつきについて、一元配置分散分析を行ったところ、 $P=0.075$ であり、Turkey HSD を用いた多重比較で $P<0.05$ となった項目間はなかった。

【考察】

鑑定入院に対する主観的満足度は立場を問わず 100 点満点で 70～80 点程度であり、可もなく不可もない結果が得られている。ただし、家族においてはサンプルサイズの小ささから、指定医療機関においては全事例において 80 点と評点されたことから、それぞれ妥当性に限界があるものと考えられる。特定の職種において特に高いまたは低い評価が成されるという事実は確認できなかったといえる。

(3)対象者による ESSEN-CES-J による評価

対象者による ESSEN-CES-J の各評点を分野毎にまとめたものを下表に示す。なお、比較の対象として先行研究のデータを参考に示す(数値は平均±標準偏差)。

	本研究	UK (Tonkin, 2012)	MSU (野田, 2014)
患者同士の仲間意識・相互サポート (PC)	9.6±3.12	9.6±4.6	11.74±4.02
安全性への実感 (ES)	12.7±4.01	12.1±4.0	10.78±4.23
治療的な関心 (TH)	14.7±2.98	14.7±3.4	13.74±3.99

【考察】

本研究における ESSEN-CES-J の結果は、英国の中等度保安病棟におけるそれと概ね同一であった。医療観察法の指定入院医療機関の構造や人員配置は英国の中等度保安病棟(MSU)をモデルにしているとされているが、鑑定入院医療機関はそれらを遵守しておらず、MSU よりも医療資源に乏しいことが指摘されている。にもかかわらず病棟風土において同等の結果が得られたという事実は、各鑑定入院医療機関における対象者の処遇が、MSU と同等程度の水準で実施されている可能性を示唆するものといえる。他方、日本の一般精神科病棟の結果と比べると、鑑定入院医療機関では安全性への実感がやや高いものの、患者同士の仲間意識・相互サポートがやや低い結果となっている。鑑定入院中の対象者は一般の精神科病棟で処遇されることが多いが、重大な他害行為をした直後であることから、通常精神科入院患者よりも高密度の観察がされている可能性が高い。他方で鑑定入院に至る経緯から対象者は他の入院患者との距離感を感じやすいのかもしれない。

(4)各アウトカム指標における評価

全 139 項目について、得られた評点をまとめたものを表に示す。

番号	評価者	項目	Y	?	N	NA	φ
195	対象者	自分の権利や処遇の法的根拠について十分理解できた。	15	5	0	0	0
206	対象者	【対象者が外国人の場合】鑑定入院期間中通訳が手配される等により、コミュニケーションの問題を感じずに済んだ。	2	0	0	18	0
5002	対象者	主治医から薬剤について十分な説明を受けて、服薬に納得した。	12	5	2	1	0
5003	対象者	対象者は信書の自由が守られていると感じた。	15	4	0	1	0
218	家族	鑑定入院の目的について説明を受けた。	1	1	0	0	18
222a	家族	審判結果が伝達された後で、多職種チームのスタッフまたは社会復帰調整官から、今後の処遇の方針についての説明を受けることができた。	0	0	0	2	18
216b	家族	鑑定入院後早い時期に医療観察法制度についての説明を受けた。	1	1	0	0	18
1	主治医	院内の医療安全管理者と連携した。	4	6	10	1	0
2	主治医	医療観察法以外での処遇が可能か否かについて検討した。	19	0	2	0	0
7	主治医	鑑定医は主治医と別の医師が担当した。	6	0	15	0	0

18	主治医	鑑定入院中に医療事故が起こらなかった。	21	0	0	0	0
24	主治医	鑑定入院当初から評価と治療に着手した。	20	0	1	0	0
30	主治医	原則として同意に基づく医療が行われた。	19	2	0	0	0
31	主治医	今後の治療に関する意見をまとめた。	13	3	5	0	0
33	主治医	自殺予防のための取組を行った。	15	4	0	2	0
34	主治医	社会復帰のために必要な支援の内容を明らかにした。	6	6	9	0	0
35	主治医	審判後の処遇が確定していないことを前提として治療や看護を進めた。	20	1	0	0	0
38	主治医	精神医学的アプローチによって対象者の反応を評価した。	21	0	0	0	0
39	主治医	精神科診断のために必要な情報が十分に収集された。	19	1	1	0	0
40	主治医	精神科治療の限界を踏まえた考察が行われた。	20	0	1	0	0
41	主治医	精神障害と他害行為との関係について考察した。	21	0	0	0	0
42	主治医	精神保健福祉法に準拠した処遇を行った。	21	0	0	0	0
44	主治医	操作的診断基準を用いて対象者を診断した。	21	0	0	0	0
60	主治医	対象者の予後予測を行った。	20	1	0	0	0
61	主治医	院内他部門との連携や安全対策を行った。	12	2	7	0	0
75	主治医	【対象者が自傷他害の危機にある場合】施設が危機介入のイニシアチブを取った。	5	1	0	15	0
76	主治医	【対象者が治療を拒否した場合】施設内で倫理会議を開催し、同意によらない医療の是非について議論が行われた。	0	0	3	18	0
86	主治医	【不適切な申立ての場合】申立てが不適切であることを鑑定医に説明した。	0	0	0	21	0
88	主治医	【施設の変更が必要になった場合】手続が円滑に行われた。	1	0	0	20	0
1001	主治医	多職種チームと対象者の治療関係が良好であった。	17	2	0	2	0
1005	主治医	対象者の身体合併症に関していつでも他科の医師との連携を取れるようにした。	13	1	1	6	0

1006	主治医	入院当初に主治医の立場と役割を対象者に説明した	10	1	0	10	0
1007	主治医	共通評価項目での評価をおこなった	18	0	3	0	0
1008	主治医	必要な心理検査をおこなった	20	0	1	0	0
1009	主治医	必要な画像検査/生理検査を行った。	21	0	0	0	0
11a	主治医	鑑定結果の見通しが立った後、鑑定書提出前に事前カンファレンスが行われた。	16	0	5	0	0
13b	主治医	鑑定入院前に多職種チームが結成された。	9	7	5	0	0
14b	主治医	鑑定入院初日から治療が開始された。	19	1	1	0	0
15a	主治医	対象者の精神症状が十分に把握でき、確定診断が出来た。	19	2	0	0	0
16a	主治医	【鑑定入院終了後も同施設で治療を継続する場合】鑑定入院終了後の治療継続に関する計画が立案された。	3	1	4	13	0
17a	主治医	鑑定入院終了前に診療経過のサマリーを作成した。	9	2	10	0	0
20a	主治医	鑑定入院中に対象者が自殺企図を防止するための安全策を実施し、予防できた。	18	2	1	0	0
21a	主治医	鑑定入院中に対象者が無断離院を防止するための安全策を実施し、予防できた。	19	2	0	0	0
22a	主治医	鑑定入院中に対象者が問題行動を防止するための安全策を実施し、予防できた。	17	2	1	1	0
28a	主治医	鑑定に必要な情報の取得方法と、その管理について十分に留意した。	21	0	0	0	0
36a	主治医	【家族の協力が得られた場合】診療に必要な情報が家族から取得された。	9	0	4	8	0
3a	主治医	アルコール・薬物関連について評価した。	21	0	0	0	0
43a	主治医	入院時や行動制限の際は専用の告知文書を用いて告知を行った。	17	1	2	1	0
45a	主治医	対象行為時及び審判時点において確実に存在している精神障害を同定した。	20	1	0	0	0
4a	主治医	過去の鑑定書など対象者の情報が鑑定入院時に施設に伝達された。	19	1	1	0	0
5a	主治医	鑑定医との事前カンファレンスが開催された。	6	1	4	10	0

6a	主治医	鑑定医と主治医の役割分担について鑑定入院後に意見交換し結論を得た。	9	1	0	11	0
74a	主治医	【対象者が自傷他害の危機にある場合】迅速に介入が行われた。	5	1	0	15	0
94	鑑定医	【対象者が65歳以上の場合】年齢的制限を考慮して対象者の治療反応性を評価した。	1	1	0	18	0
2001	鑑定医	担当医と週に1回は治療の進捗状況、診断、疾病性、治療反応性、社会復帰要因について情報交換し、鑑定を進める上で必要な指示を行った。	9	1	0	10	0
2002	鑑定医	鑑定期間中、裁判官及び精神保健審判員と検察官、付添人が集まり対象者についての事前のカンファランスを行った。	19	0	1	0	0
2003	鑑定医	鑑定書提出前に、多職種チームとの事前のカンファランスを行い、共通評価項目の評価を行った。	4	3	11	2	0
2004	鑑定医	鑑定書提出前に施設内の医師が集まり診断と処遇についてカンファランスを行った。	4	0	15	1	0
2005	鑑定医	鑑定のための身体検査の設備(CTやMRIなど)が整っていた。	20	0	0	0	0
2006	鑑定医	心理検査や身体検査など鑑定に必要な検査がすべて安全になされた。	19	0	1	0	0
2007	鑑定医	鑑定のための面接が十分に行われた。	20	0	0	0	0
2008	鑑定医	鑑定医が対象者の鑑定入院当初から社会復帰調整官と連絡を密に取り合った。	14	2	4	0	0
46a	鑑定医	対象行為と精神症状との関係の有無及び程度が明らかにされた。	20	0	0	0	0
53b	鑑定医	対象者の刑事責任能力の有無について十分な吟味を行った。	20	0	0	0	0
54a	鑑定医	対象者の疾病性についてアセスメントした。	20	0	0	0	0
55c	鑑定医	対象者の社会復帰要因についてアセスメントした。	20	0	0	0	0
56c	鑑定医	対象者の社会復帰要因の有無及び程度が明らかにされた。	19	1	0	0	0

57c	鑑定医	対象者の治療意欲がどのくらいの期間持続するかを予測した。	9	8	3	0	0
58a	鑑定医	対象者の治療反応性についてアセスメントした。	20	0	0	0	0
69a	鑑定医	対象者の治療反応性の有無及び程度が明らかにされた。	20	0	0	0	0
96	看護師	医療者や司法関係者間で方針や情報を共有した。	18	13	7	0	2
97	看護師	家族面接により家族の疾病理解や心理的葛藤に対する介入を行った。	7	12	17	2	2
98	看護師	看護師が社会復帰調整官と連携した。	3	6	29	0	2
99	看護師	看護師が精神保健福祉士と連携した。	18	8	12	0	2
100	看護師	看護師が対象者の言動を綿密に観察した。	34	3	1	0	2
101	看護師	看護師が対象者の観察と日常生活支援を行った。	38	0	0	0	2
102	看護師	観察した事実の記録と報告を重視して看護を行った。	37	1	0	0	2
103	看護師	鑑定入院開始時において、看護の目標を明確に定義した。	15	10	13	0	2
111	看護師	急性期における突発的な行動化のリスクを評価して安全管理を行った。	37	0	1	0	2
113	看護師	行動制限の必要性及びその程度に関して毎日再検討を行った。	29	5	4	0	2
115	看護師	再燃兆候や症状悪化時の介入の可能性について検討された。	31	4	1	2	2
118	看護師	職員は医療観察法の仕組みを十分に理解していた。	8	19	11	0	2
126	看護師	対象者の安全が損なわれるおそれがある場合には看護師が積極的に介入した。	33	3	0	2	2
132	看護師	対象者の他患との関わりを通じて評価を行った。	36	2	0	0	2
135	看護師	対象者を物理的に安全に処遇できる環境で鑑定入院が行われた。	37	1	0	0	2

143	看護師	入院手続、入室管理、書類関係、日常生活動作、合併症や急変時の対応、個人情報保護について、多職種チームで協働して作成した取り決めに従って決定した。	18	6	13	0	3
145	看護師	包括的暴力防止プログラムの体制を整えた。	15	13	7	2	3
146	看護師	対象者は鑑定入院期間を通じて看護配置 13 対 1 以上の病棟で処遇されていた。	33	0	3	0	3
147	看護師	対象者を処遇する職員の 8 割が直近 2 年以内に医療観察法に関するなんらかの研修を受けていた。	6	4	27	0	3
150	看護師	【鑑定入院中に問題行動が起きた場合】過去の経緯から問題の収束に有効だった介入方法を探し出し職員に伝達した。	11	3	4	19	3
151	看護師	【鑑定入院中に問題行動が起きた場合】問題行動に至る経緯を詳述して関係者に伝達した。	12	1	1	23	3
153	看護師	【対象者が自傷他害の危機にある場合】リスクを下げるために隔離や転棟等の処置が行われた。	27	0	0	10	3
3001	看護師	自殺のリスク評価を定期的に行い、それを共有した。	23	5	2	8	2
3002	看護師	他害行為のリスク評価を定期的に行い、それを共有した	33	2	2	1	2
3003	看護師	検査などで病棟外に出る時のリスク評価を行い、それを共有した。	37	0	0	1	2
3004	看護師	対象者に行動制限の意味を十分に説明した。	35	2	0	1	2
3005	看護師	隔離の際に多職種チームによる情報の共有が行なわれた。	26	7	3	2	2
114a	看護師	個々の看護師が多職種チームにおける自らの役割を意識して処遇に当たった。	35	3	0	0	2
116a	看護師	多職種チームが対象者の日常生活援助について検討した。	20	7	10	1	2
128a	看護師	対象者の状態を勘案して主治医の指示の元で適宜隔離からの時間的開放を行った。	36	0	0	2	2

129a	看護師	対象者の処遇に関し必要に応じ多職種チームによるカンファレンスを行った。	23	5	10	0	2
131a	看護師	対象者のセルフケア能力について定量的にアセスメントした。	33	3	2	0	2
136a	看護師	看護師が対象者の看護計画を作成した。	18	0	17	2	3
148a	看護師	退院後を見据えた心理社会的治療が計画された。	8	10	18	0	3
149a	看護師	【家族が被害者の場合】家族関係の調整や家族への心理的支援を慎重に行った。	5	8	6	18	3
95a	看護師	職員は必要があれば面接で対象行為の内容に触れても良いものと理解していた。	25	10	3	0	2
138a	多職種チーム	多職種チームによる処遇を行った。	6	5	8	0	1
141a	多職種チーム	治療初期からリハビリを視野に入れた関係構築を行った。	6	3	10	0	1
154a	多職種チーム	【対象者の精神障害が複数に渡る場合】診断の混乱を避けるために多職種によるカンファレンスが行われた。	2	0	12	5	1
37a	多職種チーム	生育歴から未来に至るまでの時間軸を絡めて評価を行った。	17	2	0	0	1
84a	多職種チーム	【不処遇決定の可能性が高い場合】対象者を一般精神科医療につなげるための取組みを行った。	0	3	4	12	1
156	社会復帰調整官	家族や友人等による支援の有無及び程度が明らかになった。	19	1	0	0	0
160	社会復帰調整官	抗告審の付添など司法手続における対象者への支援体制を整えた。	0	0	18	1	0
161	社会復帰調整官	社会復帰調整官と付添人とでそれぞれの役割分担について相互に協議した。	7	1	12	0	0
163	社会復帰調整官	社会復帰調整官は対象者の社会復帰の観点から意見を述べた。	16	2	2	0	0
176	社会復帰調整官	対象者を支援する社会資源の有無及び程度が明らかになった。	15	2	3	0	0
177	社会復帰調整官	地域におけるフォローアップ体制が整備された。	0	6	14	0	0

182	社会復帰調整官	【不処遇決定の場合】社会復帰調整官の果たした役割が施設の精神保健福祉士に引き継がれ、生活環境調整が行われた。	0	1	2	17	0
183	社会復帰調整官	【申立却下となった場合】社会復帰調整官の果たした役割が施設の精神保健福祉士に引き継がれ、生活環境調整が行われた。	0	0	1	19	0
4001	社会復帰調整官	対象者の保護者から対象者の生活歴や対象行為前の生活状況やなどの情報を十分に得て、鑑定医に伝えた。	10	1	8	1	0
4002	社会復帰調整官	保護者と面接し、家族の情報を得て鑑定医に伝えた。	12	0	7	1	0
4003	社会復帰調整官	対象者のコミュニティについての情報を集め、社会復帰阻害要因を明確にした。	17	2	1	0	0
4004	社会復帰調整官	入院当初に社会復帰調整官の立場と役割を対象者に説明した	19	0	0	1	0
4005	社会復帰調整官	社会復帰調整官が保護者の役割について説明した。	8	0	9	3	0
155a	社会復帰調整官	【入院決定の可能性が低い場合】鑑定入院終了後の処遇について準備を行った。	1	1	5	13	0
159a	社会復帰調整官	【対象者が生活保護を必要としている場合】鑑定入院中に生活保護申請がなされた。	0	0	6	14	0
162a	社会復帰調整官	社会復帰調整官と施設の精神保健福祉士が協議のうえ役割分担して家族面接やケースワークを行った。	0	0	18	2	0
170a	社会復帰調整官	対象行為以前において地域生活支援にどのような問題があったかを地域の担当者との間で情報交換した。	12	0	7	1	0
210	付添人	審判で対象者の処遇にあたり家族及び付添人の意見が聴取された。	10	2	0	0	8
6001	付添人	主治医や鑑定人と面会し、対象者の病状や問題点の把握に努めた。	12	0	0	0	8
213a	付添人	医療観察法及び精神保健福祉法における自身の処遇に関する知識を対象者が習得できるよう、援助した。	12	0	0	0	8

227	指定医療機関	【通院決定がなされた場合】指定通院医療機関において、通院決定は妥当だったと判断された。	0	0	0	8	12
228	指定医療機関	【入院決定がなされた場合】指定入院医療機関において、入院決定は妥当だったと判断された。	8	0	0	0	12
229	指定医療機関	【入院決定がなされた場合】問題なく移送が行われた。	8	0	0	0	12
230	指定医療機関	【入院又は通院決定がなされた場合】鑑定入院中の医療情報が対象者を処遇する指定医療機関に適切に伝達された。	8	0	0	0	12
8001	指定医療機関	【入院決定がなされた場合】指定入院医療機関において、診断は妥当と判断された。	8	0	0	0	12
8003	指定医療機関	【通院決定がなされた場合】指定通院医療機関において、精神保健福祉法による入院の可能性があるかどうかが討議された。	0	0	0	8	12
9001x	事後調査	鑑定入院中の治療、行動制限、隔離が適切であったかを討議した。	19	2	16	3	1
29ax	事後調査	結審前にカンファレンスを行い、そこで出た論点が鑑定結果に反映されていることが確認された。	20	9	10	1	1

Y:「はい」

?:「どちらともいえない」

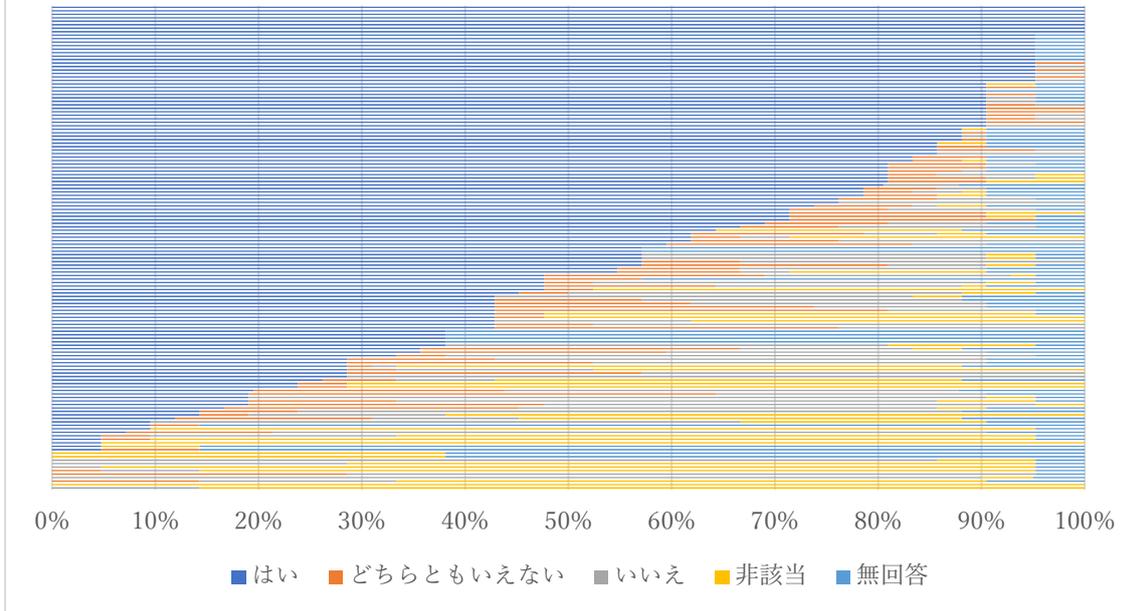
N:「いいえ」

NA:「非該当」

φ:無回答

また、この回答分布をグラフにしたものを下に示す。

アウトカム指標各項目の評点分布



この結果から、各項目における「達成度」(「はい」の回答数を「はい」「どちらともいえない」「いいえ」の回答数の合計で除したものを算出したところ、達成数の平均値は0.70、標準偏差は0.32であった。達成度100%であった項目は29項目あり、達成度が0%であった項目は8項目あった。またすべての回答が「非該当」または無回答のため達成度を算定できない項目が4項目あった。

【考察】

139項目について実際の対象者に対する評価が行われ、鑑定入院のアウトカムに関する評価が得られた。項目によってその達成度はまちまちであった。20名すべてについて達成されている項目は基本的に現代の日本の医療水準では常識的に達成されている課題であり、あえて評価指標をして採用するには及ばないかもしれない。他方で達成度の低い項目については、施設間格差につながっているおそれがあるため、今後もモニタリングの必要性が高いと言える。達成度の算定できなかったのは、通院決定が成された事例や、不適切な申立てと思われる事例がなかったことによるもので、これらは比較的レアケースであると思われるため恒常的な評価指標としては用いづらい。なお、項目222aの家族による評価として「審判結果が伝達された後で、多職種チームのスタッフまたは社会復帰調整官から、今後の処遇の方針についての説明を受けることができた。」については、アンケートを行ったのが審判結果が伝達される前であったため、評価ができなかった。審判結果が伝達された後では対象者が鑑定入院医療機関を退院しており、研究者が家族に接触することは困難であるため、この項目について本研究のスタイルで聴取することは困難である。

(5)アウトカム指標の評価者間信頼性

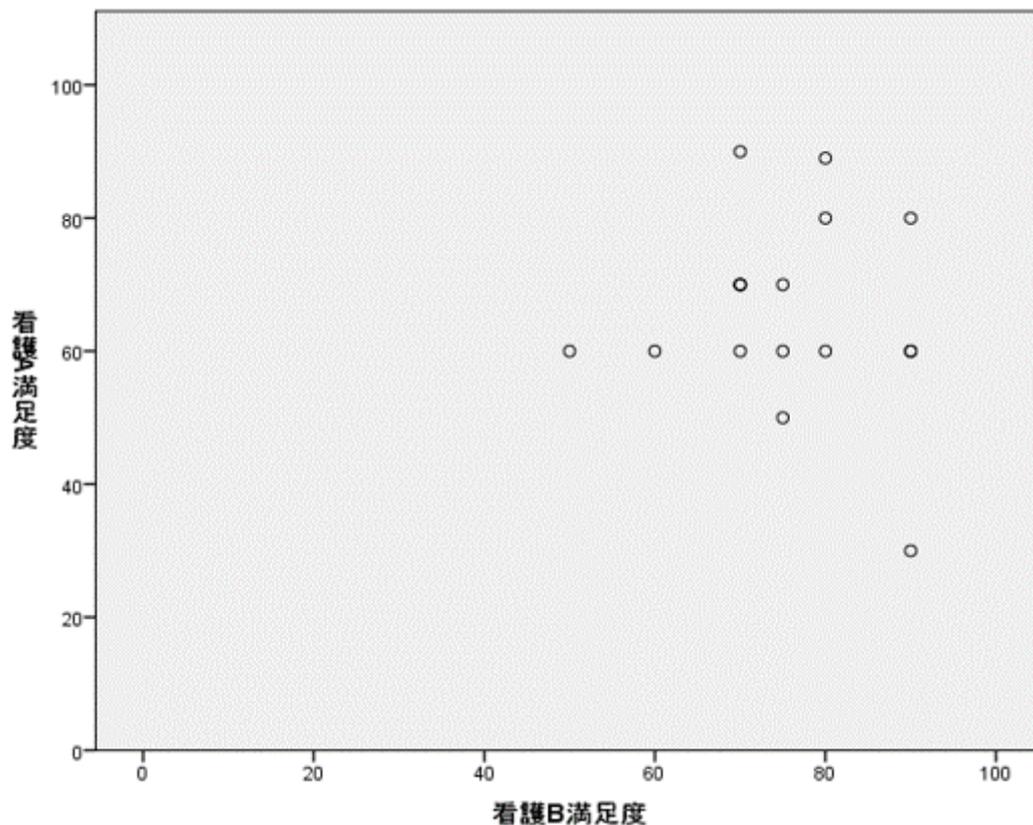
主治医2名により評価された48項目についてのカッパ係数は、0.558であった。

20名の対象者について、それぞれ2名の看護師による各アウトカム指標39項目の評点をクロス集計し、各回答が「はい」「どちらともいえない」「いいえ」「非該当」のいずれかで一致したか否かについて、カッパ係数を算出した。その結果、カッパ係数が0.4を上回る、または評価者間の完全一致等により算定不能であった項目は、下記の11項目であった。

項目	達成度	κ 係数
看護師が対象者の観察と日常生活支援を行った。	100%	NA
観察した事実の記録と報告を重視して看護を行った。	100%	NA
急性期における突発的な行動化のリスクを評価して安全管理を行った。	97%	NA
行動制限の必要性及びその程度に関して毎日再検討を行った。	88%	0.41
対象者の状態を勘案して主治医の指示の元で適宜隔離からの時間的開放を行った。	100%	NA
対象者を物理的に安全に処遇できる環境で鑑定入院が行われた。	100%	NA
看護師が対象者の看護計画を作成した。	51%	0.57
対象者は鑑定入院期間を通じて看護配置13対1以上の病棟で処遇されていた。	92%	1
【鑑定入院中に問題行動が起きた場合】問題行動に至る経緯を詳述して関係者に伝達した。	92%	0.52
【対象者が自傷他害の危機にある場合】リスクを下げるために隔離や転棟等の処置が行われた。	100%	0.55
検査などで病棟外に出る時のリスク評価を行い、それを共有した。	100%	NA

達成度:「はい」の回答数を「はい」「どちらともいえない」「いいえ」の回答の合計数で除したものの。

また、看護師2名による鑑定入院の主観的満足度についての相関を調べたところ、下図のような結果になった。Pearsonの相関係数は-0.103、両側有意確率0.694であった。



主治医と多職種チーム構成員によって評価された事後評価の 2 項目について信頼性を検証したところ、項目 9001「鑑定入院中の治療、行動制限、隔離が適切であったかを討議した。」についてのカッパ係数は 0.300、項目 29ax「結審前にカンファレンスを行い、そこで出た論点が鑑定結果に反映されていることが確認された。」についてのカッパ係数は 0.083 であった。

【考察】

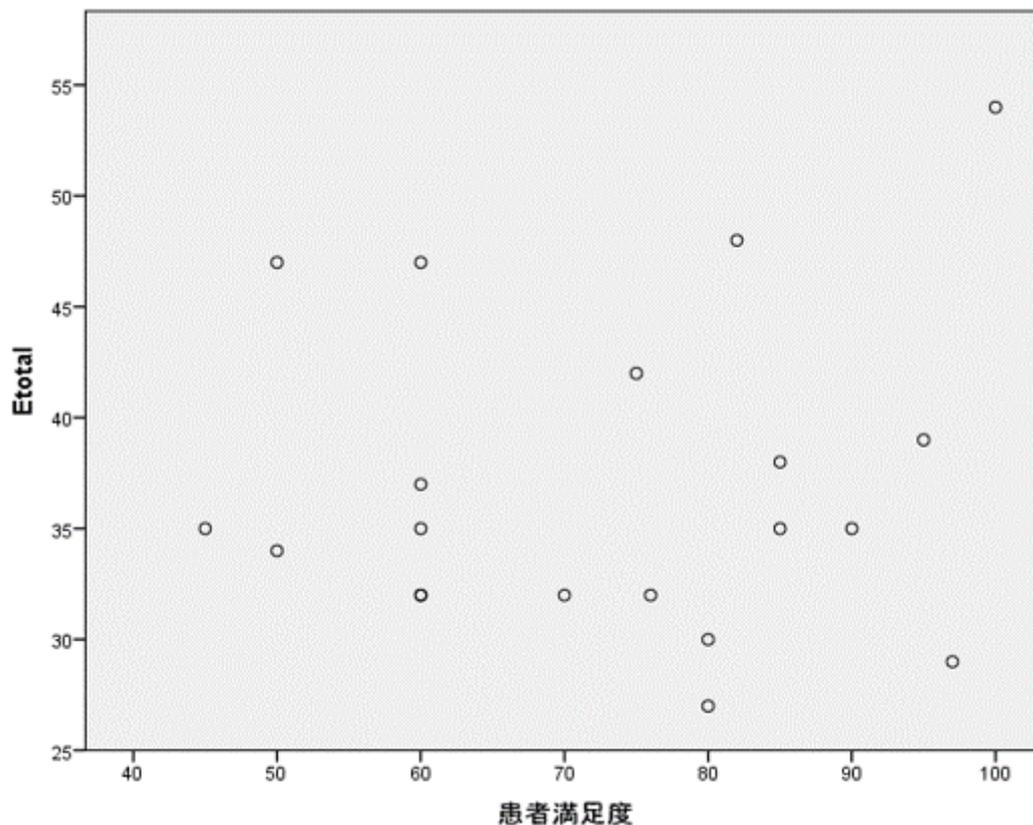
本研究で調べた限りにおいては、各項目の評価者間信頼性はいずれも高いものではなかった。

看護師間の評価については、多くの研究協力機関でプライマリナースと病棟師長が評価者として選出されたため、両者の評価に対するスタンスに若干の差異があったために信頼性が低くなった可能性がある。主治医 2 名の体制を敷いている医療機関においての医師間の信頼性は比較的高かった。また、事後評価の項目については評価者が異なると評価がまったく異なることが示された。このことはむしろ職種毎の関わりの密度に差異があることを示唆している。

今後アウトカム指標を選別するに当たっては、評価者間信頼性をより厳密な基準により検証することが必要である。

(6) 評価指標間の相関

患者による ESSEN-CES-J の総得点と主観的満足度との相関を調べたところ、下図のような結果になった。Spearman の相関係数は 0.051、両側有意確率 0.83 であった。



【考察】

患者の主観的満足度と病棟風土に対する評価は必ずしも相関していない。VAS による評価は正確性に限界があり、一方でESSEN-CES-Jによる病棟風土評価は治療の進捗度や医療者との関係性を評価していないため、その評価対象に一定のずれがあることが考えられる。今後患者による評価を取り入れていく際には、複数の指標を併用することが必要であるように思われる。

(7)鑑定入院に対する意見

各アンケートの折に自由記載された意見を評価者毎に下記に示す。なお、個人情報保護等の見地から最小限度の修正を加えた。

対象者

- ・病院関係は100点だと思っている。自分の家族とかの環境が変わって右往左往したので。今考えると感謝したけど、最初保護室が怖かった。一人で過ごす時間が多かったからナースコールを押せない。
- ・良かったこと) 刺激を受けて波があっても入院してすぐ把握できて解消できた。一人とか病院より入院の方が対応しやすい。
- ・満足している
- ・主治医2人のうち1人の先生が写真を残すと言って私のケガの抜糸を行い、約束を違えたことで行き違いが生じてしまったと思います。また、注射と服薬が1~2日重なり、舌がしびれて2Hおきに

目覚めた等脅威を感じた事もアイナスでした。先生方には先生方の立場、考え方があったかもしれませんが。

- ・やることがない、つまらない、消灯の時間が早すぎる。もっとテレビをみたい。
- 作業的な事だけでなく、話を聞いてくれたりすると生活がよりよく感じられる様になると思う。
- ・一部の看護師の口調が上から目線だった。以前と同じ活動ができなかった。ワンパターン。32 年前から変わっていない。保健室といっても保護室の意味がない。他院も一緒。
- ・当院が一番待遇が良かった。食事もおいしい。思考周りのコミュニケーションがもっとあると良かった。
- ・鑑定入院中に、虫歯で歯がとれて痛くなったのに院内の歯医者も外出しての歯医者もだめと言われ、痛いのをかなり我慢しました。
- ・早めに出られるように頑張りたい。
- ・悪いところは、当初強制的に入院させられた。それは納得いかない。
- ・良いところ) 親切に相談にのってくれる。
- ・病棟内での小さなトラブル(冷蔵庫内の飲み物が取られる、男性患者が病室に入ってくる)に対し看護師さん方から注意をしても効果がない方に対し不安、怖い思いをします。
- ・鑑定入院中にデイケアに行って病棟から少しでも出たいです。出来れば 2 ヶ月で終了の方向でお願いしたいです。この良い機会に色々診てもらい、話したいと思います。
- ・色々な質問等に答えてくれない。
- ・退院後、家に帰って来てくださいと母に頼まれているので施設に入るのには少し迷ってしまいました。
- ・良いところ: 病棟患者がみんないい人、悪いところ: 特にない
- ・鑑定と共に適切な治療を親身になって行ってくれた

家族

- ・主治医や看護師の対応については満足している。本人がきちんと治療を受けて社会復帰できる理性を用意してほしいところがある。トイレを流さないのが困惑した。

主治医

- ・質問数が多く、負担を感じました。前医から情報提供など時間がかかりすぎる。入院時にすでに期日が決まっているため予め準備しておいて欲しい。
- ・鑑定入院時に前院から情報が全くなかったケースばかりで期限がタイトな鑑定入院にはそぐわないものとはっている。入院後に手続きすると数週間かかってしまう。
- ・隔離が人権侵害に至らないよう配慮しましたが、常にこれで正しいのか、葛藤があり、鑑定入院の隔離に関して指標なるものがほしかったです。

鑑定医

- ・鑑定入院開始後約 1 ヶ月で鑑定書を提出しますが診断確定や薬物の治療反応性を評価する上でもっと期間が長い方がやりやすいと思います。
- ・鑑定入院当日に必要な情報がそろわないのが困る。(特に内服薬や前医の紹介状やアセスメント

など)

- ・社会復帰要因とは何かなんとなくわかるが、しっかりわからないところがある。何を評価すればわからない時がある。
- ・初めての鑑定医だったので、どの程度のエフォートを要するのか、目安がわからないので、鑑定を引き受ける際に迷った。
- ・他の業務とのバランスや期間的制約からエフォートの割りあてが難しかった。
- ・職種によってキャリアや臨床能力にバラツキがあり、共通評価項目の評価が一致しないことが多かった。
- ・鑑定医や上級医の意見で決まることが多かった。
- ・鑑定書作成に際し、ピアレビューしてもらい勉強になった。
- ・地裁から送付された資料で情報が不十分な点があり、対象者の妄想なのか、事実なのか評価が難しい内容があった。特に被害者に関する情報も事実確認のために必要だと思った。
- ・鑑定書の提出期限を延長してもらってより内容を仕上げることができた。

看護

- ・鑑定入院の方に看護的な介入をどこまで行って良いのか悩みました。
- ・精神保健福祉法と医療観察法の患者が一緒の病院で見えていくことが難しいと感じた。医療観察法について専門のスタッフではないので、介入方法などが難しいと感じる。
- ・鑑定に影響するような記録はあまり書かない。データベースや、看護計画を立案しないので、看護のやりがいという点において満足できない。データベースをかかかないため、その人の危険(リスク)が分かりにくい。
- ・社会復帰調整官、弁付添人とPW の話しの内容が現場に伝わりにくいかと思います。
- ・看護師の立場としては、スタッフの安全と対象の安全・安楽な鑑定を考える上で心理的葛藤がありました。
- ・プライマリナースが娘さんの月命日に PT と一緒にお祈りするなど娘を亡くした父として手厚くケアしていた。
- ・乳がんの治療中断中だが合併症を診られる病院が取ってくれず単科精神科の当院に鑑定入院となった。看護師 2 名付き添いで他院に受診に行った。患者に不利益な病院選択であったと思う。
- ・治療は特にしていなかったが、おちついているので隔離終了することとしたが、性的他害が対象行為のため、そういったことをしないよう約束した後から精神症状が活発になり、内服治療がはじまった。これほど崩れるケースははじめて見たし、治療につながったので、よいケースと思った。
- ・妄想により他 PT に暴力があった。ST にも妄想をもっており他患、ST、NS などに暴力がおよばないよう環境調整が主要な PT だった。
- ・鑑定入院について病院全体で勉強会をした方が良いと思った。
- ・鑑定入院の看護についてどこまで介入して良いのか迷う時がある。
- ・多職種チームに病棟看護師の役割はあまりふくまれていないのが現状。病棟 NS は対象者のセルフケア能力などの介入、援助を主に行っているのみ。鑑定入院中のプライマリナースの役割は

対象者を観察して記録することがメインだったように感じた。(自傷多害のリスクアセスメントは常にしています)

- ・入院中トラブル無く経過した。
- ・振り返りをすることができなかった。
- ・一般的な精神疾患がない対象者でどう関わればよいか迷った。検査などは入院してすぐに終わるが、その後 90 日入院する意義がわからない。
- ・病棟の看護師には新人～3 年目のスタッフが多く、全ての看護師が鑑定入院について理解が深いわけではない。今後研修等への参加をしていきたい。
- ・安全管理の面においてはスタッフの間での意識が統一してできた。
- ・他の入院形態(医保など)と比べて、鑑定の患者さんは「この病院で治療を最後までする」という意識が薄くなりがちで、鑑定の患者さんと接する看護側の熱意やモチベーションにやや差が出る傾向があるかな、とは思いますが。
- ・短い鑑定入院期間だと、職員間での情報共有がしづらい。※特にリスクアセスメントしづらい。
- ・対象者の暴力リスクアセスメントが難しい。事件が殺人のとき、現在は落ち着いているようにみえてもなかなか行動拡大にふみきれないというジレンマがある。

多職種チーム構成員

- ・家族に対する妄想の介入がもっと行えると良かった。
- ・関連機関との調整以外にもできることがあると良かった。
- ・心理検査や入院生活はスムーズに進められたが、病棟生活の中で本人が病識につながる経験について何度か話をしてくれており、もう少し積極的な介入(簡単な心理教育等)してもよかったかもしれない。心理検査の報告書はややあっさりとした内容になってしまったため、もう少ししていねいに記述できればよかったと思います。
- ・通院処遇が想定されるケースだったため鑑定入院中に心理教育や対処法等心理士としての関わりは比較的多かったが多職種との連携やカンファレンスがもう少し行えてもよかったように思います。
- ・例えば前医から情報を得る場合や、データや書面を取り寄せる時、裁判所を通すので時間がかかる。スムーズな治療、情報把握がやりにくいと感ずることがあった。
- ・心理検査の環境について考える事が多い。本来的には心理室でやりたいと考えているが、そうならない事が多い。
- ・鑑定医との意見交換は行ったが、担当の看護師や PSW 等と話し合うことはなかったのが、課題だと思いました。
- ・他患との交流の様子を多職種で評価することができた点は良かったと考えるが該当者の背景を他患が知らないというのはどうなんだろうと思った。

社会復帰調整官

- ・付添人と連携をはかり、本人の金銭問題についておおまかな整理をし、方向性を見出すことができた。入院決定後、指定入院医療機関の PSW に情報提供を行い、すぐに着手していただいた。結果、本人の治療にも良い影響を及ぼした。

- ・鑑定入院先の PSW が家族に対し丁寧な対応をしてくださり、後日家族は感謝の意を述べていた。
- ・本人と医療機関スタッフとの話す時間が十分になく、本人が、「言いたいことをあまり言えない。」と
いうことを言っていた。また、面会者が多く、本人の負担になっていた。
- ・付添人と連絡、協力体制がとれていたわけではなかった。(付添人から保護観察所に問い合わせ、
相談等はなかった)
- ・対象行為当時、すでに地域である程度の支援体制はあったが、崩壊していた。鑑定入院を機に、
リセットすることはできたが、再構築するまでには至らなかった。
- ・鑑定医には生活環境調査(社会復帰)の視点から意見を述べることはできたが、裁判官、審判員
にはそもそも意見を求められることがなかった。
- ・検査を主に担当したが、患者さんの特徴ととらえるくらいの検査はできたと思われる。経験不足の
面検査以外の面接などはあまりできなかった点がもう少しできるとよかった。
- ・鑑定医及び付添人と特技の情報交換を行わずに調査をすすた。・実母及び実姉が協力的かつ
疎通良行で、こういう場合は調整がしやすいと感じた
- ・これまで治療中断が多かった。今回鑑定入院の主治医と信頼関係ができてよかった。病院のワー
カーが動いてくれず、鑑定医任せになる。
- ・事前協議の際、今後の成年後見制度の利用の可能性について付添人と協議することができた点
は有意義であった。
- ・他県出身で当地で事件を起こしたため、他県との調整を要した。裁判所から保護観察所の意見
によらず通院ありきで審判が進んだため調整に労を要した。
- ・鑑定入院医療機関によっては認知症や身体疾患等の検査を十分に精査できていないと感じたこ
とがある。ある程度の検査や心理査定が実施できるなどの対応が必要である。
- ・鑑定入院中に権利に対する制度があいまいであると感じる。
- ・医療観察法における再入院申立てに関する鑑定の在り方が不明確であると感じる。
- ・鑑定により、対象者が生来有していた自閉症、知的障害が明らかになったこと、その後、入院決
定とあったことにより、家族、地域関係者が親なき後のことを考える時間を得られたことは対象者に
とって有益だったと考える。一方で、本法処遇の目的と合致しているかという課題が残ったとも言え
る。
- ・鑑定入院中の生活保護申請が必要となったが、鑑定入院先では担当のソーシャルワーカーが配
置されておらず、また付添人も入院意見であったことから、積極的な対応がしてもらえなかった。
- ・鑑定入院中に治療を再開し、本人に若干の病識が芽生え、治療を希望するに至った。

付添人

- ・家族間での見解や意見の相違(将来通院となった場合に誰が引き取るのか)の調整に苦労しまし
た。
- ・審判期日前のカンファレンスを行ってほしかった。
- ・付添人が対象者と面会する際の通訳費用について、明確なルールを定めてもらいたい(国選付
添の場合)。

- ・審判に先行する刑事裁判中に保釈が認められていたことからすれば、(長期間の)入院によらない鑑定を実施する余地がなかったのかが付添人として気になった。
- ・本人からの退院希望に対する裁判所の判断が硬直的と感ずる。もう少し独自の判断基準をもって良いのでは？
- ・対象者の拡大の必要性を感じる・再犯防止、?福祉とのつながりがはかれる仕組みを強くしていただきたい・扱った事例の中では病院(医師)、行政(福祉含む)とも一生懸命させていただいている。
- ・入院先の雰囲気・期間・付添人活動内容。
- ・付添人(元弁護人)として、不起訴処分になる可能性が高いとは考えていない事案だった。
- ・付添人と社会復帰調整官との連携は調整官サイドとの情報共有も含めて上手くできたのではないか。
- ・キーパーソンとなる家族の意向が二転三転することがあり、今後の支援体制の均等に困難をした。また本人と家族との意向のズレがあることなどの問題点もうきぼりになった。
- ・入院の審判が下された後、退院までの期間が最低でも1年半ほどかかるという話を聞いたことがあったので、患者の方の病状や復帰先の調整によっては1年半よりも短い時期に退院させるという適切な運用がなされるとよい。入院中の患者の方に対する処遇・対応がより改善されることに期待する。
- ・家族と一緒に住むという選択肢をさぐったが、状況からして難しいと判断した。その後、グループホームの入居をあたったが適切な場所が見つからなかった。そのため入院が必要と判断した。グループホームなどで普通の社会生活を送ることを本人が希望していただければ、そのような制度が充実していれば良いと思いました。
- ・対象者と面会をする際、書類を見せたりすることも多いので、病室内に机を用意していただけたらありがたい。
- ・一番最初に病院とコンタクトを取る際、具体的な連絡先(病院名、内線番号、担当者名等)が分からなかった。

【考察】

それぞれの立場から幅広い意見が聞かれた。

対象者及び家族の意見としては、鑑定入院中の医療に対する肯定的な評価が多い一方で、処遇に納得できていない対象者もいたようである。その感触の違いは個別性が強いと定量的な考察は困難であるが、ESSEN-CES-J や主観的満足度の評価と照合すると、本研究の被験者は概ね鑑定入院に対して好意的であったと考えて良いであろう。もちろん被験者は研究協力に同意した者であるからこの結果は選択バイアスを免れ得ない。

主治医の意見は少なかったのに対し、鑑定医は多くの意見を述べていた。鑑定入院における医療において、主治医は一般精神医療の延長線上で考えることができるのに対し、鑑定医はこれまでに行ったことのない作業に対する戸惑いを感じやすいのかもしれない。なおいくつかの病院では主治医が鑑定医を兼ねているため、主治医としての意見陳述が省略された可能性もある。鑑定作

業に関しては、期間の制限、不十分な情報共有に関する懸念が目立った。これらは従前から指摘されてきたところであり、今なお課題として残っていることがわかる。

看護師については、鑑定入院中の対象者に対しては一般精神医療で行うような看護計画を立てずに観察に徹すると言う意見が多く、またそのスタンスに対する戸惑いも見られた。実際、先行研究の結果からは、鑑定入院中の対象者に対しても必要十分な精神科看護を行うべきであるとされており、他の入院患者と差別して待遇すべき合理性は乏しいものと思われる。病棟運営の都合からこのような処遇が成されているのであるとすれば、個別事情に配慮しつつ改善を促していくべきであろう。他方では一般精神科入院医療と異なり、鑑定入院では退院を治療目標としていないという構造的な違いがある。この点については看護師その他医療者として心理的にも受け入れづらいようである。

多職種チーム構成員からは、主に心理検査にコミットすることが多く、関係調整等のソーシャルワークが不十分との意見が聞かれた。これは回答者の多くが臨床心理技術者であったことも影響していると思われる。また前述の通り退院及び社会復帰を直接の目標としづらい鑑定入院の性質が回答者にとって心理的ストレスとなっている状況もうかがわれる。

社会復帰調整官からは、鑑定入院医療機関のみならず、裁判所その他の関係機関との連携構築の困難さや、施設間格差に対する懸念が聞かれた。様々な対象者の処遇に当たる職種であるだけに、俯瞰的な意見が多かったのも特徴といえる。

付添人からは、付添人活動における経済的及び構造的なサポートを望む声が多かった。また付添人間の格差を懸念する意見もあった。

これらの意見はいずれも個別性が高いため、それ自体が定量的解析に値するものではないが、論点整理を行う手がかりとして重要なものばかりである。

(8)鑑定入院アウトカム指標の可用性アンケート

計 45 通の回答を得た。結果を下表に示す。

No	By	Item	D	C	E	Total
195	対象者	自分の権利や処遇の法的根拠について十分理解できた。	4.28	4.18	3.83	12.28
206	対象者	【対象者が外国人の場合】鑑定入院期間中通訳が手配される等により、コミュニケーションの問題を感じずに済んだ。	4.53	4.50	3.48	12.50
5002	対象者	主治医から薬剤について十分な説明を受けて、服薬に納得した。	4.38	4.53	3.78	12.68
5003	対象者	対象者は信書の自由が守られていると感じた。	4.43	4.33	3.50	12.25
218	家族	鑑定入院の目的について説明を受けた。	4.83	4.83	2.71	12.37

216b	家族	鑑定入院後早い時期に医療観察法制度についての説明を受けた。	4.29	4.15	3.27	11.71
222a	家族	審判結果が伝達された後で、多職種チームのスタッフまたは社会復帰調整官から、今後の処遇の方針についての説明を受けることができた。	4.56	4.56	3.17	12.29
1	主治医	院内の医療安全管理者と連携した。	4.39	4.15	3.05	11.59
2	主治医	医療観察法以外での処遇が可能か否かについて検討した。	4.51	4.34	3.17	12.02
7	主治医	鑑定医は主治医と別の医師が担当した。	4.95	4.80	2.85	12.61
18	主治医	鑑定入院中に医療事故が起こらなかった。	4.83	4.63	2.93	12.39
24	主治医	鑑定入院当初から評価と治療に着手した。	4.54	4.39	2.93	11.85
30	主治医	原則として同意に基づく医療が行われた。	4.56	4.63	2.63	11.83
31	主治医	今後の治療に関する意見をまとめた。	4.39	4.29	2.83	11.51
33	主治医	自殺予防のための取組を行った。	4.66	4.51	3.05	12.22
34	主治医	社会復帰のために必要な支援の内容を明らかにした。	4.20	4.07	3.44	11.71
35	主治医	審判後の処遇が確定していないことを前提として治療や看護を進めた。	4.27	4.22	3.00	11.49
38	主治医	精神医学的アプローチによって対象者の反応を評価した。	4.41	4.22	2.88	11.51
39	主治医	精神科診断のために必要な情報が十分に収集された。	4.39	4.22	3.07	11.68
40	主治医	精神科治療の限界を踏まえた考察が行われた。	4.07	3.90	3.07	11.05
41	主治医	精神障害と他害行為との関係について考察した。	4.54	4.41	2.83	11.78
42	主治医	精神保健福祉法に準拠した処遇を行った。	4.63	4.51	2.49	11.63
44	主治医	操作的診断基準を用いて対象者を診断した。	4.68	4.54	2.90	12.12

60	主治医	対象者の予後予測を行った。	4.32	4.10	2.98	11.39
61	主治医	院内他部門との連携や安全対策を行った。	4.32	4.15	2.71	11.17
75	主治医	【対象者が自傷他害の危機にある場合】施設が危機介入のイニシアチブを取った。	4.24	3.88	3.00	11.12
76	主治医	【対象者が治療を拒否した場合】施設内で倫理会議を開催し、同意によらない医療の是非について議論が行われた。	4.66	4.44	3.00	12.10
86	主治医	【不適切な申立ての場合】申立てが不適切であることを鑑定医に説明した。	5.56	4.27	3.22	13.05
88	主治医	【施設の変更が必要になった場合】手続が円滑に行われた。	4.22	4.05	3.07	11.34
1001	主治医	多職種チームと対象者の治療関係が良好であった。	4.12	4.07	3.63	11.83
1005	主治医	対象者の身体合併症に関していつでも他科の医師との連携を取れるようにした。	4.46	4.49	2.93	11.88
1006	主治医	入院当初に主治医の立場と役割を対象者に説明した。	5.54	4.68	2.71	12.93
1007	主治医	共通評価項目での評価をおこなった	4.68	4.54	2.60	11.82
1008	主治医	必要な心理検査をおこなった	4.71	4.41	2.65	11.77
1009	主治医	必要な画像検査/生理検査を行った。	4.80	4.49	2.70	11.99
11a	主治医	鑑定結果の見通しが立った後、鑑定書提出前に事前カンファレンスが行われた。	4.66	4.44	2.88	11.97
13b	主治医	鑑定入院前に多職種チームが結成された。	4.66	4.54	2.80	12.00
14b	主治医	鑑定入院初日から治療が開始された。	4.66	4.32	2.93	11.90
15a	主治医	対象者の精神症状が十分に把握でき、確定診断が出来た。	4.29	4.22	3.35	11.86
16a	主治医	【鑑定入院終了後も同施設で治療を継続する場合】鑑定入院終了後の治療継続に関する計画が立案された。	4.56	4.44	3.23	12.23

17a	主治医	鑑定入院終了前に診療経過のサマリーを作成した。	4.73	4.61	2.78	12.12
20a	主治医	鑑定入院中に対象者が自殺企図を防止するための安全策を実施し、予防できた。	4.63	4.59	3.00	12.22
21a	主治医	鑑定入院中に対象者が無断離院を防止するための安全策を実施し、予防できた。	4.61	4.59	3.00	12.20
22a	主治医	鑑定入院中に対象者が問題行動を防止するための安全策を実施し、予防できた。	4.59	4.46	3.03	12.07
28a	主治医	鑑定に必要な情報の取得方法と、その管理について十分に留意した。	4.44	4.15	2.90	11.49
36a	主治医	【家族の協力が得られた場合】診療に必要な情報が家族から取得された。	4.54	4.32	3.18	12.03
3a	主治医	アルコール・薬物関連について評価した。	4.80	4.61	2.75	12.16
43a	主治医	入院時や行動制限の際は専用の告知文書を用いて告知を行った。	4.78	4.68	2.83	12.29
45a	主治医	対象行為時及び審判時点において確実に存在している精神障害を同定した。	4.54	4.46	3.40	12.40
4a	主治医	過去の鑑定書など対象者の情報が鑑定入院時に施設に伝達された。	4.78	4.73	3.00	12.51
5a	主治医	鑑定医との事前カンファレンスが開催された。	4.71	4.63	3.03	12.37
6a	主治医	鑑定医と主治医の役割分担について鑑定入院後に意見交換し結論を得た。	4.41	4.32	3.05	11.78
74a	主治医	【対象者が自傷他害の危機にある場合】迅速に介入が行われた。	4.56	4.34	2.88	11.78
94	鑑定医	【対象者が65歳以上の場合】年齢的制限を考慮して対象者の治療反応性を評価した。	4.29	4.10	3.12	11.50

2001	鑑定医	担当医と週に1回は治療の進捗状況、診断、疾病性、治療反応性、社会復帰要因について情報交換し、鑑定を進める上で必要な指示を行った。	4.59	4.39	3.20	12.17
2002	鑑定医	鑑定期間中、裁判官及び精神保健審判員と検察官、付添人が集まり対象者についての事前のカンファランスを行った。	4.71	4.56	2.61	11.88
2003	鑑定医	鑑定書提出前に、多職種チームとの事前のカンファランスを行い、共通評価項目の評価を行った。	4.80	4.68	2.80	12.29
2004	鑑定医	鑑定書提出前に施設内の医師が集まり診断と処遇についてカンファランスを行った。	4.63	4.49	3.00	12.12
2005	鑑定医	鑑定のための身体検査の設備(CTやMRIなど)が整っていた。	4.88	4.83	2.78	12.49
2006	鑑定医	心理検査や身体検査など鑑定に必要な検査がすべて安全になされた。	4.41	4.44	2.85	11.71
2007	鑑定医	鑑定のための面接が十分に行われた。	4.15	4.00	2.93	11.07
2008	鑑定医	鑑定医が対象者の鑑定入院当初から社会復帰調整官と連絡を密に取り合った。	4.15	4.07	3.22	11.44
46a	鑑定医	対象行為と精神症状との関係の有無及び程度が明らかにされた。	4.17	4.34	3.15	11.66
53b	鑑定医	対象者の刑事責任能力の有無について十分な吟味を行った。	4.32	4.29	2.78	11.39
54a	鑑定医	対象者の疾病性についてアセスメントした。	4.63	4.61	2.49	11.73
55c	鑑定医	対象者の社会復帰要因についてアセスメントした。	4.41	4.41	2.68	11.51
56c	鑑定医	対象者の社会復帰要因の有無及び程度が明らかにされた。	3.93	3.95	3.28	11.15
57c	鑑定医	対象者の治療意欲がどのくらいの期間持続するかを予測した。	3.90	3.88	3.40	11.18
58a	鑑定医	対象者の治療反応性についてアセスメ	4.65	4.53	2.70	11.88

		ントした。				
69a	鑑定医	対象者の治療反応性の有無及び程度が明らかにされた。	4.23	4.25	3.25	11.73
96	看護師	医療者や司法関係者間で方針や情報を共有した。	4.23	3.91	2.89	11.02
97	看護師	家族面接により家族の疾病理解や心理的葛藤に対する介入を行った。	4.14	4.02	3.61	11.77
98	看護師	看護師が社会復帰調整官と連携した。	4.20	4.14	3.27	11.61
99	看護師	看護師が精神保健福祉士と連携した。	4.43	4.18	3.18	11.80
100	看護師	看護師が対象者の言動を綿密に観察した。	4.20	4.00	2.70	10.91
101	看護師	看護師が対象者の観察と日常生活支援を行った。	4.59	4.36	2.65	11.61
102	看護師	観察した事実の記録と報告を重視して看護を行った。	4.27	4.00	2.70	10.98
103	看護師	鑑定入院開始時において、看護の目標を明確に定義した。	4.32	4.30	3.09	11.71
111	看護師	急性期における突発的な行動化のリスクを評価して安全管理を行った。	4.55	4.59	3.14	12.27
113	看護師	行動制限の必要性及びその程度に関して毎日再検討を行った。	4.60	4.70	3.05	12.35
115	看護師	再燃兆候や症状悪化時の介入の可能性について検討された。	4.32	4.23	3.11	11.66
118	看護師	職員は医療観察法の仕組みを十分に理解していた。	3.95	3.95	2.57	10.48
126	看護師	対象者の安全が損なわれるおそれがある場合には看護師が積極的に介入した。	4.30	4.27	3.11	11.68
132	看護師	対象者の他患との関わりを通じて評価を行った。	4.02	3.82	3.52	11.36
135	看護師	対象者を物理的に安全に処遇できる環境で鑑定入院が行われた。	4.64	4.57	2.82	12.02

143	看護師	入院手続、入室管理、書類関係、日常生活動作、合併症や急変時の対応、個人情報保護について、多職種チームで協働して作成した取り決めに従って決定した。	4.07	4.32	2.68	11.07
145	看護師	包括的暴力防止プログラムの体制を整えた。	4.20	4.05	3.07	11.32
146	看護師	対象者は鑑定入院期間を通じて看護配置 13 対 1 以上の病棟で処遇されていた。	4.77	4.84	2.45	12.07
147	看護師	対象者を処遇する職員の 8 割が直近 2 年以内に医療観察法に関するなんらかの研修を受けていた。	4.59	4.57	2.52	11.68
150	看護師	【鑑定入院中に問題行動が起きた場合】過去の経緯から問題の収束に有効だった介入方法を探し出し職員に伝達した。	4.07	4.16	3.30	11.52
151	看護師	【鑑定入院中に問題行動が起きた場合】問題行動に至る経緯を詳述して関係者に伝達した。	4.36	4.30	3.39	12.05
153	看護師	【対象者が自傷他害の危機にある場合】リスクを下げるために隔離や転棟等の処置が行われた。	4.82	5.89	3.27	13.98
3001	看護師	自殺のリスク評価を定期的に行い、それを共有した。	4.61	4.75	3.09	12.45
3002	看護師	他害行為のリスク評価を定期的に行い、それを共有した	4.66	4.75	3.00	12.41
3003	看護師	検査などで病棟外に出る時のリスク評価を行い、それを共有した。	4.55	4.61	3.00	12.16
3004	看護師	対象者に行動制限の意味を十分に説明した。	4.43	4.34	2.91	11.68
3005	看護師	隔離の際に多職種チームによる情報の共有が行われた。	4.57	4.55	2.80	11.91
114a	看護師	個々の看護師が多職種チームにおける自らの役割を意識して処遇に当たっ	4.14	4.07	2.91	11.11

		た。				
116a	看護師	多職種チームが対象者の日常生活援助について検討した。	4.20	4.09	3.07	11.36
128a	看護師	対象者の状態を勘案して主治医の指示の元で適宜隔離からの時間的開放を行った。	4.75	4.68	3.14	12.57
129a	看護師	対象者の処遇に関し必要に応じ多職種チームによるカンファレンスを行った。	4.59	4.73	3.16	12.48
131a	看護師	対象者のセルフケア能力について定量的にアセスメントした。	4.23	3.80	3.16	11.18
136a	看護師	看護師が対象者の看護計画を作成した。	4.82	4.68	2.55	12.05
148a	看護師	退院後を見据えた心理社会的治療が計画された。	3.95	3.93	3.32	11.20
149a	看護師	【家族が被害者の場合】家族関係の調整や家族への心理的支援を慎重に行った。	3.84	3.91	3.66	11.41
95a	看護師	職員は必要があれば面接で対象行為の内容に触れても良いものと理解していた。	4.39	4.14	3.18	11.70
138a	多職種チーム	多職種チームによる処遇を行った。	4.63	4.43	2.75	11.80
141a	多職種チーム	治療初期からリハビリを視野に入れた関係構築を行った。	4.33	4.15	3.28	11.75
154a	多職種チーム	【対象者の精神障害が複数に渡る場合】診断の混乱を避けるために多職種によるカンファレンスが行われた。	4.50	4.38	3.05	11.93
37a	多職種チーム	生育歴から未来に至るまでの時間軸を絡めて評価を行った。	4.23	4.13	3.18	11.53
84a	多職種チーム	【不処遇決定の可能性が高い場合】対象者を一般精神科医療につなげるための取組みを行った。	4.45	4.23	4.13	12.80
156	社会復帰調整官	家族や友人等による支援の有無及び程度が明らかになった。	4.49	4.41	3.31	12.21

160	社会復帰調整官	抗告審の付添など司法手続における対象者への支援体制を整えた。	4.47	4.37	3.08	11.92
161	社会復帰調整官	社会復帰調整官と付添人などでそれぞれの役割分担について相互に協議した。	4.49	4.38	3.31	12.18
163	社会復帰調整官	社会復帰調整官は対象者の社会復帰の観点から意見を述べた。	4.65	4.43	3.13	12.20
176	社会復帰調整官	対象者を支援する社会資源の有無及び程度が明らかになった。	4.48	4.40	3.03	11.90
177	社会復帰調整官	地域におけるフォローアップ体制が整備された。	4.15	3.88	3.40	11.43
182	社会復帰調整官	【不処遇決定の場合】社会復帰調整官の果たした役割が施設の精神保健福祉士に引き継がれ、生活環境調整が行われた。	4.33	4.23	3.28	11.83
183	社会復帰調整官	【申立却下となった場合】社会復帰調整官の果たした役割が施設の精神保健福祉士に引き継がれ、生活環境調整が行われた。	4.25	4.13	3.23	11.61
4001	社会復帰調整官	対象者の保護者から対象者の生活歴や対象行為前の生活状況などの情報を十分に得て、鑑定医に伝えた。	4.33	4.30	3.33	11.95
4002	社会復帰調整官	保護者と面接し、家族の情報を得て鑑定医に伝えた。	4.70	4.55	3.13	12.38
4003	社会復帰調整官	対象者のコミュニティについての情報を集め、社会復帰阻害要因を明確にした。	4.53	4.45	3.20	12.18
4004	社会復帰調整官	入院当初に社会復帰調整官の立場と役割を対象者に説明した。	4.75	4.77	2.78	12.29
4005	社会復帰調整官	社会復帰調整官が保護者の役割について説明した。	4.58	4.40	2.88	11.85
155a	社会復帰調整官	【入院決定の可能性が低い場合】鑑定入院終了後の処遇について準備を行った。	4.63	4.58	3.05	12.25
159a	社会復帰調整官	【対象者が生活保護を必要としている場合】鑑定入院中に生活保護申請がな	4.85	4.83	3.20	12.88

		された。				
162a	社会復帰調整官	社会復帰調整官と施設の精神保健福祉士が協議のうえ役割分担して家族面接やケースワークを行った。	4.48	4.20	3.33	12.00
170a	社会復帰調整官	対象行為以前において地域生活支援にどのような問題があったかを地域の担当者との間で情報交換した。	4.65	4.58	3.10	12.33
210	付添人	審判で対象者の処遇にあたり家族及び付添人の意見が聴取された。	4.68	4.68	2.63	12.00
6001	付添人	主治医や鑑定人と面会し、対象者の病状や問題点の把握に努めた。	4.59	4.51	2.88	11.98
213a	付添人	医療観察法及び精神保健福祉法における自身の処遇に関する知識を対象者が習得できるよう、援助した。	4.51	4.41	3.15	12.07
227	指定医療機関	【通院決定がなされた場合】指定通院医療機関において、通院決定は妥当だったと判断された。	4.44	4.26	3.28	11.97
228	指定医療機関	【入院決定がなされた場合】指定入院医療機関において、入院決定は妥当だったと判断された。	4.44	4.28	3.26	11.97
229	指定医療機関	【入院決定がなされた場合】問題なく移送が行われた。	4.59	4.64	2.67	11.90
230	指定医療機関	【入院又は通院決定がなされた場合】鑑定入院中の医療情報が対象者を処遇する指定医療機関に適切に伝達された。	4.56	4.62	2.79	11.97
8001	指定医療機関	【入院決定がなされた場合】指定入院医療機関において、診断は妥当と判断された。	4.51	4.38	3.10	12.00
8003	指定医療機関	【通院決定がなされた場合】指定通院医療機関において、精神保健福祉法による入院の可能性があるかどうかを討議された。	5.87	4.46	3.10	13.44

9001x	事後調査	鑑定入院中の治療、行動制限、隔離が適切であったかを討議した。	4.66	4.62	2.90	12.17
29ax	事後調査	結審前にカンファレンスを行い、そこで出た論点が鑑定結果に反映されていることが確認された。	4.41	4.26	3.03	11.69

D:「二分性」の評価の算術平均

C:「明解性」の評価の算術平均

E:「評価性」の評価の算術平均

Total: 上記3つの評点の合計

全139項目の評価点について、二分性は 4.49 ± 0.29 、明解性は 4.38 ± 0.28 、評価性は 3.04 ± 0.29 、総得点は 11.9 ± 0.50 (いずれも平均±標準偏差)であった。

総得点が12を上回った項目(太字で示す)は全部で53項目に及んだ。

【考察】

各項目はいずれも、はいかいいえで回答可能であり、また質問の意図は明確であると評価された。他方で、事例によって回答が分かれやすいか否かは評価が難しかった可能性がある。

対象者が評価する項目は全4項目中すべて、家族が評価する項目は3項目中2項目において総得点が12点を上回っており、当事者視点での評価が鑑定入院のアウトカム評価に重要視されていることが示唆された。

(9)アウトカム指標の総合評価

これまで得られた結果から、鑑定入院アウトカム指標の各項目について、達成度が90%未満もしくは算定不能であり、かつ可用性評価の総得点が12を上回った項目を抽出すると、下表のようになった。

No	By	Item	達成度	Total
195	対象者	自分の権利や処遇の法的根拠について十分理解できた。	0.75	12.28
5002	対象者	主治医から薬剤について十分な説明を受けて、服薬に納得した。	0.63	12.68
5003	対象者	対象者は信書の自由が守られていると感じた。	0.79	12.25
218	家族	鑑定入院の目的について説明を受けた。	0.50	12.37
216b	家族	鑑定入院後早い時期に医療観察法制度についての説明を受けた。	0.50	12.29
7	主治医	鑑定医は主治医と別の医師が担当した。	0.29	12.61
33	主治医	自殺予防のための取組を行った。	0.79	12.22
76	主治医	【対象者が治療を拒否した場合】施設内で倫理会	0.00	12.10

		議を開催し、同意によらない医療の是非について議論が行われた。		
86	主治医	【不適切な申立ての場合】申立てが不適切であることを鑑定医に説明した。	N/A	13.05
16a	主治医	【鑑定入院終了後も同施設で治療を継続する場合】鑑定入院終了後の治療継続に関する計画が立案された。	0.38	12.23
17a	主治医	鑑定入院終了前に診療経過のサマリーを作成した。	0.43	12.12
20a	主治医	鑑定入院中に対象者が自殺企図を防止するための安全策を実施し、予防できた。	0.86	12.22
22a	主治医	鑑定入院中に対象者が問題行動を防止するための安全策を実施し、予防できた。	0.85	12.07
36a	主治医	【家族の協力が得られた場合】診療に必要な情報が家族から取得された。	0.69	12.03
43a	主治医	入院時や行動制限の際は専用の告知文書を用いて告知を行った。	0.85	12.29
5a	主治医	鑑定医との事前カンファレンスが開催された。	0.55	12.37
2003	鑑定医	鑑定書提出前に、多職種チームとの事前のカンファレンスを行い、共通評価項目の評価を行った。	0.22	12.29
2004	鑑定医	鑑定書提出前に施設内の医師が集まり診断と処遇についてカンファレンスを行った。	0.21	12.12
113	看護師	行動制限の必要性及びその程度に関して毎日再検討を行った。	0.76	12.35
151	看護師	【鑑定入院中に問題行動が起きた場合】問題行動に至る経緯を詳述して関係者に伝達した。	0.86	12.05
3001	看護師	自殺のリスク評価を定期的に行い、それを共有した。	0.77	12.45
3002	看護師	他害行為のリスク評価を定期的に行い、それを共有した	0.89	12.41
129a	看護師	対象者の処遇に関し必要に応じ多職種チームによるカンファレンスを行った。	0.61	12.48
136a	看護師	看護師が対象者の看護計画を作成した。	0.51	12.05
84a	多職種チーム	【不処遇決定の可能性が高い場合】対象者を一般精神科医療につなげるための取組みを行った。	0.00	12.80

161	社会復帰調整官	社会復帰調整官と付添人とでそれぞれの役割分担について相互に協議した。	0.35	12.18
163	社会復帰調整官	社会復帰調整官は対象者の社会復帰の観点から意見を述べた。	0.80	12.20
4002	社会復帰調整官	保護者と面接し、家族の情報を得て鑑定医に伝えた。	0.63	12.38
4003	社会復帰調整官	対象者のコミュニティについての情報を集め、社会復帰阻害要因を明確にした。	0.85	12.18
155a	社会復帰調整官	【入院決定の可能性が低い場合】鑑定入院終了後の処遇について準備を行った。	0.14	12.25
159a	社会復帰調整官	【対象者が生活保護を必要としている場合】鑑定入院中に生活保護申請がなされた。	0.00	12.88
170a	社会復帰調整官	対象行為以前において地域生活支援にどのような問題があったかを地域の担当者との間で情報交換した。	0.63	12.33
8003	指定医療機関	【通院決定がなされた場合】指定通院医療機関において、精神保健福祉法による入院の可能性があるかどうかを討議された。	N/A	13.44
9001x	事後調査	鑑定入院中の治療、行動制限、隔離が適切であったかを討議した。	0.51	12.17

計 34 項目が抽出された。

【考察】

これらの各項目は、複数の立場の評価者からその可用性を重視されており、かつ鑑定入院制度の現況において一定の課題を有している項目であることから、鑑定入院アウトカム指標として一定の妥当性を有していることが示唆される。

ただし、付添人の評価すべき項目が上の表には記載されていない。付添人から見た鑑定入院の問題点については、先行研究で十分に網羅されていない可能性があるため、今後の検討が必要である。

(10)結論

本研究においては、医療観察法の鑑定入院制度に関して、そのアウトカムを評価するための指標作りのために種々の実証的調査を行った。その結果、先行研究で示された鑑定入院アウトカム指標 139 項目のうち、少なくとも 34 項目について一定の妥当性が示唆された。特に対象者や家族といった当事者の視点を重視することの重要性が示された。ただしこれらの各項目については評価者間信頼性が十分でなく、項目の評価手法には洗練を要する。他方、鑑定入院対象者の病棟風土に対する評価は先行研究のそれと大差なかった。また、鑑定入院の主観的満足度においても

職種間での差異は明らかでなかった。本研究では鑑定入院終了後の事後評価や指定医療機関からのフィードバックに踏み込むことが困難であったため、これらについては新たな研究が必要である。

5. 主な発表論文等

[雑誌論文](計 2 件)

1. 【査読付原著論文】The recognition and expectations of ex-inpatients of mental health services: A web-based questionnaire survey in Japan. Shiina A, Ojio Y, Sato A, Sugiyama N, Iyo M, Fujii C. PLoS ONE 13(10): e0197639, 2018.
2. 【査読付原著論文】Differences between British and Japanese perspectives on forensic mental health systems: A preliminary study. Shiina A, Tomoto A, Omiya S, Sato A, Iyo M, Igarashi Y. World J Psychiatry. 2017 Mar 22;7(1):8-11.

[学会発表](計 16 件)

1. Akihiro Shiina, International Comparison of the Opinion regarding Forensic Mental Health between the US, UK and Japan. International Conference on Crisis, Coercion and Intensive Treatment in Psychiatry. 2018 年
2. 椎名明大 精神科臨床における「グレーゾーン事例」の設定に関する研究 第 26 回精神科救急学会学術総会 2018 年
3. 椎名明大 医療観察法における鑑定入院アウトカム指標の確立と検証に関する研究第 3 報 第 14 回医療観察法関連職種研修会 2018 年
4. 椎名明大 司法精神医学の教育と啓発に関する研究 第 14 回日本司法精神医学会大会 2018 年
5. 椎名明大 医療観察法における鑑定入院アウトカム指標の確立と検証に関する研究第 2 報 第 14 回日本司法精神医学会大会 2018 年
6. 椎名明大 ガイドラインについて 法と精神医療学会 2017 年
7. 椎名明大 措置入院ガイドラインの焦点 メンタルケア協議会 2017 年
8. 椎名明大 措置入院制度の現状と改革の方向性 第 25 回日本精神科救急学会学術総会 2017 年
9. 椎名明大 司法精神保健の立場から 第 72 回精神保健シンポジウム 2017 年
10. 椎名明大 医療観察法における 鑑定入院アウトカム指標の確立と検証 第 13 回日本司法精神医学会大会 2017 年
11. 椎名明大、佐藤愛子、五十嵐禎人、伊豫雅臣 判例調査による責任能力判断に関与する因子についての分析 第 13 回日本司法精神医学会大会 2017 年
12. Akihiro Shiina. Impact of the Medical Treatment and Supervision Act: A new Legislation of Forensic Mental Health Scheme in Japan. The 35th International Congress of Law and Mental

Health. 2017 年

13. Akihiro Shiina. Mindfulness-based intervention reduces aggression: A systematic review. The 10th European Congress on Violence in Clinical Psychiatry. 2017 年
14. 椎名明大 措置入院制度運用の地域間格差と措置解除患者のフォローアップ体制構築等に関する研究 第 113 回日本精神神経学会学術総会 2017 年
15. Akihiro Shiina, Souichiro Omiya, Aiko Sato, Aika Tomoto, Masaomi Iyo, Yoshito Igarashi. International Comparison of Perspectives on Forensic Mental Health Systems Between the UK and Japan. The 22th Congress of Annual World Association for Medical Law. 2016 年
16. 椎名明大 司法精神医学の考え方に関する日英比較研究 第 12 回日本司法精神医学会大会 2016 年

[図書](計 2 件)

1. 「医療観察法に関する精神鑑定」 pp47-66. 五十嵐禎人、岡田幸之 編「刑事精神鑑定ハンドブック」中山書店 2019 年 288 頁
2. 「物質関連障害及び嗜癖性障害群への対処」 pp177-192. 中村 敬 編「日常診療における精神療法:10 分間で何ができるか」星和書店 2016 年 256 頁

[産業財産権]

○出願状況(計 0 件)

名称:—

発明者:—

権利者:—

種類:—

番号:—

出願年:—

国内外の別:—

○取得状況(計 0 件)

名称:—

発明者:—

権利者:—

種類:—

番号:—

取得年:—

国内外の別:—

[その他]

特になし。

6. 研究組織

(1)研究分担者

研究分担者氏名:—

ローマ字氏名:—

所属研究機関名:—

部局名:—

職名:—

研究者番号(8桁):—

(2)研究協力者

研究協力者氏名:佐藤愛子

ローマ字氏名:Aiko Sato

※科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属されます。