

# 医療観察法における鑑定入院の質の評価

鑑定入院アウトカム指標の確立を目指して

椎名明大<sup>1)</sup> 佐藤愛子<sup>2)</sup> 新津富央<sup>3)</sup>  
五十嵐禎人<sup>1)</sup> 伊豫雅臣<sup>1,3)</sup>

## 抄録

医療観察法の鑑定入院制度については、鑑定入院の目標設定が曖昧でアウトカムを事後的に評価する仕組みがない、という問題が指摘されていた。我々は先行研究において、鑑定入院のアウトカムを評価するための指標として139項目を抽出した。本研究ではこれらの項目を試用し、鑑定入院対象者およびその関係者から意見を聴取することを通じて、鑑定入院アウトカム指標の確立を試みた。計20例の対象者にかかわる延べ160人から回答を得た。対象者本人の納得や多職種チームの協働などに関する34項目が、可用性が高く、かつ現時点での達成率が十分でないことが示された。これらの項目が、鑑定入院のアウトカム評価のため有用である可能性が示唆された。

## KEY WORDS

医療観察法 (medical treatment and supervision act), 鑑定入院 (hospitalization for assessment), アウトカム指標 (outcome measures), 司法精神保健 (forensic mental health)

## はじめに

2005年に施行された「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」)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、治療および社会復帰支援などの枠組みを定めたものである。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医療機関で治療を受ける。その医療の必要性を判断するにあたり、対象者は鑑定その他医療的観察のため、裁判

所の指定する施設に最長3か月間入院させられる。これを鑑定入院という。

しかし、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<sup>1,2)</sup>。

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

2020年7月10日受稿, 2021年3月23日受理

- 1) 千葉大学社会精神保健教育研究センター(☎260-8670 千葉県千葉市中央区亥鼻1-8-1)
- 2) 国際医療福祉大学
- 3) 千葉大学大学院医学研究院精神医学

た。もとより司法精神医療のアウトカム評価は一般精神科臨床に比べて難解である<sup>3)</sup>。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。看護職からは、中立的な観察に基づく鑑定と、対象者の支援に注力した医療的観察との間で、ジレンマに陥りがちであるとの指摘がある<sup>4)</sup>。加えて、鑑定入院した対象者のうち約2割が審判において不処遇決定もしくは申立却下とされている事実<sup>5)</sup>に鑑みると、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求められることになる<sup>3)</sup>。すなわち、鑑定入院に携わる者は、対象者の医学的治療やケア、冷静中立な評価、社会復帰支援、人権擁護といった多層的なアウトカムを期待されているのである。

我々は上記の見解を踏まえ、鑑定入院のアウトカムを「この鑑定入院が対象者および社会にとって実りあるものであったこと」と定義することにした。しかし、この定義は抽象的かつ多義的であり、容易に評価できないものである。

これら鑑定入院にまつわる「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」という課題に対し、我々は種々の学術的アプローチを用いて検討を重ねてきた。このうち上記二点については、経時的な実態調査<sup>6)</sup>や、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関するエキスパートコンセンサスの確立<sup>7)</sup>、「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)」の策定<sup>8,9)</sup>などを行ってきた。

そして、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およ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として、

我々は先行研究を実施した。多職種19名によるデルファイ法を用いた検証の結果、139項目の鑑定入院アウトカム指標候補がリスト化された(別表: pp 988-993)<sup>10)</sup>。

しかし、このリストを実用化するためには項目の絞り込みが必要である。その絞り込みにあたっては、実際の鑑定入院事例について評価を行った上で各項目の可用性を判断することが望ましいと考えられる。さらに今後の課題として、このリストの項目が果たして真のアウトカムに合致しているかについて長期的に検証しなければならない。

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を実際の医療観察法鑑定入院事例に対して試用し、項目の絞り込みを行い、また各事例の関係者の意見を踏まえ、今後のさらなる精緻化のための検証に耐えるものに洗練することである。

## 方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、鑑定入院の対象者およびその関係者を被験者とした探索的横断研究である。

地域で発生する鑑定入院対象者数、研究期間、予算規模などを勘案して、目標対象者数を20例とした。研究期間は2016年4月から2019年3月までとした。

### 2. 被験者

本研究の被験者は、精力的に鑑定入院を受け入れている施設の中から筆者らが機縁法により選出した研究協力施設である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、その家族、主治医、鑑定医(鑑定医が主治医と同一の場合は同一人物となる)、担当看護師(各対象者につき可能であれば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などから回答を得

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(対象者が入院または通院処遇の審判決定を受けた場合に限る)とした。

#### 1) 達成率の評価

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, 各被験者の職種など(対象者, 家族, 主治医, 鑑定医, 看護師, 多職種チーム構成員, 社会復帰調整官, 付添人弁護士, 指定医療機関担当医)ごとに該当する各項目について, 事例ごとに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 件法(事例になじまない項目には「非該当」の回答を認める)で回答を求めた。職種ごとの評価項目数は, 対象者 4 項目, 家族 3 項目, 主治医 46 項目, 鑑定医 17 項目, 看護師 36 項目, 多職種チーム構成員 5 項目, 社会復帰調整官 17 項目, 付添人弁護士 3 項目, 指定医療機関担当医 8 項目(事後調査 2 項目を含む)である。

また, 鑑定入院に対する意見を, 自由記載により収集した。調査票の回収に当たり面接で補足的に口頭意見を聴取した。

#### 2) 可用性の評価

全 139 項目について, 質問項目として適切かどうかをあらためて評価するために, 「可用性」を下記の通り定義の上, 測定した。一般に評価尺度における項目執筆の基本原則として, 「表現が単純で直截的」「誰にでも当てはまる, 誰も当てはまらない項目は避ける」「複雑・両義的な項目を避ける」といった条件が広く知られている<sup>11, 12)</sup>。そこで本研究ではこれらの原則に則り, 「鑑定入院アウトカム指標の可用性アンケート」として, 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ついて, 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に明確である」, 評価性: 「この項目は事例によって回答が分かればやすい」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 件法で評価を求めた。「鑑定入院アウトカム指標の可用性アンケート」は, 本研究の被験者のうち対象者と家族を除く者の全員に各 1 回ずつ依頼し, 調査票を手交して後日返送いただく形で回答を求めた。得られた回答における各評価点を集計し, 二分性, 明確性, 評価性のそれぞれ平均値(欠損値については母数から除外する)を求め, それらを合計したものを各項目の可用性評点とした。

### 3. データ分析

項目の性質に応じて, 各種統計量を算出した。統計ソフトウェアとして IBM 社の SPSS Ver. 22 を用いた。

達成率の評価においては, 全 139 項目の鑑定入院アウトカム指標について被験者による評価結果を集計した。各項目について, 「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「達成率」と定義して算出した。

また, 今後さらなる検証に供するため, 全 139 項目の鑑定入院アウトカム指標について, 達成率と可用性の両面から評価し, 項目の絞り込みを行うこととした。ここでは, 本調査結果の両指標の分布を概観しながら, 達成率が十分でなくかつ可用性の高い項目を探索的に抽出する方針とした。

### 4. 倫理的配慮

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そ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, 2016 年 7 月 22 日)。次いで各研究協力施設においても同様に倫理審査を受け, いずれも承認された。

実査に当たっては, 各対象者本人に研究内

容について書面により説明し、対象者本人の自署による同意を得た上で実査を開始した。その際、研究者が対象者の関係者に接触を図ることについても説明した。対象者本人以外の被験者に対してもおのおの書面による説明に基づき自署による同意を得た上で実査を行った。

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(R000028296UMIN000024584)としてUMIN臨床研究登録システムに登録された。

## 結果

### 1. 研究協力施設および対象者数

計7か所の研究協力施設から、鑑定入院対象者20名が本研究に組み入れられた。これら研究協力施設は、いずれも常勤の精神保健指定医が2名以上、かつ複数の精神科専属コメディカルスタッフが在籍しており、また精神科救急入院料あるいは13対1看護以上の看護基準を持つ病棟を有する施設であった。

### 2. 被験者の概要及び鑑定入院アウトカム指標の可用性評価に対する回答率

20名の対象者について、それぞれ関係者から対応する事例に関する評価を得た。有効回答の職種別内訳は、対象者本人20通、家族2通、主治医21通(複数主治医制を採っている研究協力施設を含む)、鑑定医20通、担当看護師38通、多職種チーム構成員19通、社会復帰調整官20通、付添人12通、指定医療機関主治医8通であった。

鑑定入院アウトカム指標の可用性評価については、前述の通り対象者および家族を除く各被験者に一度ずつ、計73名全員に回答を依頼した。後日計46通の調査票の返送を得た。回答者の職種別内訳は、主治医4名、鑑定医6名、看護師15名、多職種チーム構成員8名、社会復帰調整官6名、付添人7名で

あった。

### 3. 鑑定入院アウトカム指標の評価

#### 1) 達成率の評価

全139項目の鑑定入院アウトカム指標について被験者による評価結果を集計した。各指標の達成率の平均値は70%、標準偏差は32%であった。達成率が100%であった項目は29項目あり、達成率が90%未満であった項目は78項目、うち8項目は達成率が0%であった。すべての回答が「非該当」または無回答のため達成率を算定できない項目が4項目あった。

#### 2) 可用性の評価

回収した46通の調査票の全139項目にはいくつかの欠損値があり、各項目におけるデータ数は最小38、最大45であった。欠損値を解析から除外して各評価点を集計したところ、二分性は $4.49 \pm 0.29$ 、明確性は $4.38 \pm 0.28$ 、評価性は $3.04 \pm 0.29$ 、合計は $11.9 \pm 0.50$ (いずれも算術平均±標準偏差)であった。合計が12を上回ったのは54項目であった。

### 4. 鑑定入院アウトカム指標の絞り込み

我々は上記の結果に基づき、鑑定入院アウトカム指標として採用すべき項目の絞り込みを探索的に行った。

絞り込みに当たっては、今般の調査から得られた達成率と可用性を参考にした。

まず可用性に関しては、合計点の度数分布を参照し、12点を上回ることを仮にスレッショルドとするのが妥当と判断した。その理由は、二分性・明確性・評価性のそれぞれで5点満点中4点以上が見込まれること、仮に13点以上とすると3項目しか該当せず、11点とすると136項目も該当してしまうことによる。

次に達成率については、すでに達成率100%となっている項目は、いわば鑑定入院

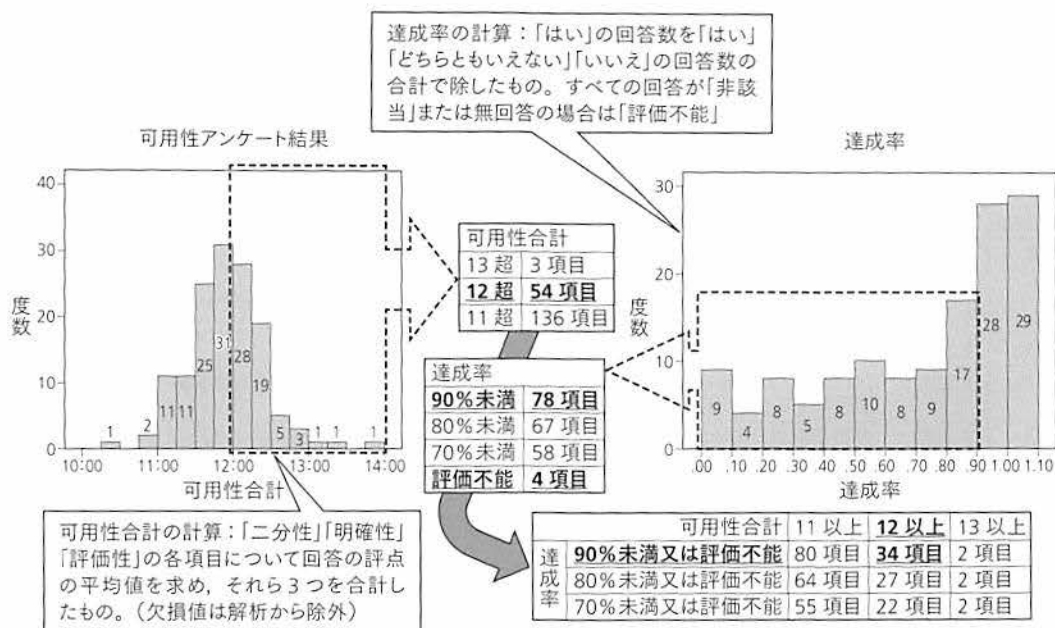


図 鑑定入院アウトカム指標の絞込み

医療においてすでに常識となっており、今後ほとんどの事例で達成が見込まれることから、鑑定入院アウトカム指標としてあえて組み入れるよりも、鑑定入院医療機関に対する監査などで用いるほうがなじむであろうと考え、今回の対象からは除外した。他方で、達成率の低い項目は、鑑定入院医療機関の施設間格差を反映している可能性があり、今後モニタリングの必要性が高いと考えた。また達成率が算出できない項目はレアケースを想定したものであり、引き続き検討が必要と思われた。

上記の考えを踏まえ、図に示す通り、鑑定入院アウトカム指標の各項目のうち、本研究における可用性の合計点が12以上であり、かつ達成率が90%未滿もしくは算定不能である項目に絞り込むと、表1の通り計34項目が抽出された。ちなみに達成率を80%未滿に絞り込むと27項目、70%未滿では22項目が抽出されることになる。実務上の負担も勘案し、表2の通り上記34項目を鑑定入

院アウトカム指標のリストとして作成した。

ここで後付け解析として、上記34項目について、「はい」と回答した総数を、「はい」「どちらともいえない」「いいえ」の回答総数の合計で除したものを、鑑定入院アウトカムスコアと定義した。事例ごとに鑑定入院アウトカムスコアを算出したところ、20事例の平均は $0.61 \pm 0.12$ (算術平均±標準偏差)で、最大値は0.85、最小値は0.28であった。

## 5. 鑑定入院に関する意見

被験者との面接ではさまざまな意見が聴取された。それらの意見の中には、鑑定入院アウトカム指標の各項目で言及されているものが散見された。概要を表2に示す。

## 考察

### 1. 結果のまとめ

我々は本研究において、鑑定入院対象者とその関係者に対し、先行研究で得られた鑑定入院アウトカム指標の評点を依頼するととも

表1 鑑定入院アウトカム指標として選出された項目の一覧

No.	評価者	項目	達成率	可用性
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
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
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。	0.5	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。	0.5	12.29
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
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
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
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
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
33	主治医	自殺予防のための取組みを行った。	0.79	12.22
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
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
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	12.1
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
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
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
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
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
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	12.8
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	12.88
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
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
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
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。	0.8	12.2
161	社会復帰調整官	社会復帰調整官と付添人としてそれぞれの役割分担について相互に協議した。	0.35	12.18
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
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

No: 整理番号

評価者: 各項目を評価する職種

項目: 評価内容

達成率: 本研究で算出された達成率。N/Aは算出不能を示す

可用性: 本研究で算出された可用性評価の合計点

表2 鑑定入院に対する意見

評価者	意見	関連項目
対象者本人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処遇に対する満足感(「親切に相談に乗ってくれた」「食事もおいしい」)</li> <li>・医療者への気遣い(「先生方には先生方の立場、考え方があったかも」)</li> <li>・処遇に関する不満(「一部の看護師の口調が上から目線」「歯が痛くなったのに受診させてもらえなかった」「トラブルを起こす患者がいた」)</li> </ul>	195, 5002
家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・処遇に対する満足感(「主治医や看護師の対応に満足している」)</li> <li>・処遇への困惑(「保護室でトイレを流さないのが困惑した」)</li> </ul>	216b, 218
主治医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・情報不足(「対象者に関する情報が乏しく、過去の治療歴が入手できるまで時間がかかる」)</li> <li>・「鑑定入院時に前医からの情報がまったくなかった」)</li> <li>・隔離についての戸惑い(「常にこれで正しいのか葛藤があった」)</li> </ul>	22a
鑑定医	<ul style="list-style-type: none"> <li>・鑑定期間の短さ(「鑑定書の作成期間が短い」「鑑定書の提出期限を延長してもらった」)</li> <li>・情報不足(「対象者の妄想なのか事実なのか評価が難しかった」)</li> <li>・評価の難しさ(「職種によってキャリアや臨床能力にばらつきがあり、共通評価項目の評価が一致しないことが多かった」)</li> <li>・ピアレビューの重要性(「ピアレビューしてもらい勉強になった」)</li> </ul>	2003 2004
看護師	<ul style="list-style-type: none"> <li>・希薄な看護意識(「当院で最後まで治療するという意識が薄く、看護側の熱意やモチベーションに差が出る」)</li> <li>・「医療観察法専門のスタッフではないので介入方法が難しいと感じる」)</li> <li>・「データベースや看護計画を作らないので看護のやりがいがない」)</li> <li>・看護と鑑定のバランス(「看護的な介入をどこまで行って良いのか悩んだ」)</li> <li>・「鑑定に影響するような記録はあまり書かない」)</li> <li>・対象行為への介入(「当初は治療を行わなかったが、他害行為に触れたところ精神症状が悪化して薬物療法が開始された」)</li> <li>・「被害者のために対象者とともに祈りをささげた」)</li> <li>・「対象行為への振り返りをするのが出来なかった」)</li> <li>・「簡単な心理教育等をして良かったかもしれない」)</li> <li>・「妄想への介入がもっと行えると良かった」)</li> <li>・「関係機関との調整以外にもできることがあると良かった」)</li> <li>・リスクアセスメント(「安全管理においてはスタッフ間で意識を統一できた」)</li> <li>・「スタッフの安全と対象者の安全などで心理的葛藤があった」)</li> <li>・「妄想に基づく他患への粗暴行為があった」)</li> <li>・「なかなか行動拡大に踏み切れない」)</li> <li>・連携の難しさ(「社会復帰調整官、付添人、精神保健福祉士の話が現場に伝わりづらい」)</li> <li>・「短い入院期間で職員間での情報共有がしづらい」)</li> </ul>	136a 3002 113, 151, 3001, 3002
多職種チーム構成員	<ul style="list-style-type: none"> <li>・連携に関する問題意識(「他職種との連携やカンファレンスがもう少し行っても良かった」)</li> <li>・「担当の看護師や精神保健福祉士等と話し合えなかったのが課題」)</li> <li>・手続等に関する不満(「面会者が多く対象者が負担を感じていた」)</li> <li>・「前医から情報を得る場合裁判所を通すので時間がかかり、スムーズな情報把握がやりにくい」)</li> </ul>	84a
社会復帰調整官	<ul style="list-style-type: none"> <li>・鑑定入院医療機関への肯定的評価(「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」)</li> <li>・「鑑定入院医療機関の精神保健福祉士が家族に対して丁寧な対応してくれた。家族は後で謝意を述べていた」)</li> <li>・鑑定入院医療機関に対する批判(「鑑定入院医療機関での評価が不十分だったのではないか」)</li> <li>・「生活保護申請が必要となったが、担当のソーシャルワーカーが配置されておらず、付添人も入院意見であったことから、積極的に対応してもらえなかった」)</li> <li>・連絡調整の効果(「今回主治医と信頼関係ができてよかった」)</li> <li>・「成年後見制度の利用について付添人と協議することができた」)</li> <li>・連絡調整の問題(「付添人や裁判所との連絡調整が不十分だった」)</li> <li>・「鑑定医及び付添人と情報交換を行わずに調査を進めた」)</li> <li>・「付添人と連絡、協力体制が取れなかった」)</li> <li>・「付添人から保護観察所に問い合わせや相談等がなかった」)</li> </ul>	159a 161, 170a
付添人	<ul style="list-style-type: none"> <li>・鑑定入院医療機関の対応(「入院中の対象者に対する処遇・対応がより改善されることに期待する」)</li> </ul>	

- ・適正手続き(「入院させなくても鑑定が可能だったのではないか」「もう少し独自の判断基準を持っても良いのではないか、審判期日前のカンファレンスを行ってほしかった」)
- ・家族との連絡調整(「家族の意向が二転三転し、対象者本人の意向ともずれがあり、支援体制の構築に困難をかかえた」「家族と一緒に住むのが難しくグループホームも見つからなかったため入院決定となった」)
- ・実務面での指摘(「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」「対象者と面会する際に机を用意してほしい」)
- ・付添人活動の標準化(「付添人の間でも知識や力量にばらつきがある」)

関連項目：各意見と関連する鑑定入院アウトカム指標の項目 No. を示す。

に、各項目の可用性を評価してもらうことを通じて、鑑定入院アウトカム指標の確立を目指した。その結果、鑑定入院アウトカム指標の評価については、鑑定入院対象者 20 名に関し延べ 160 通の回答を得た。また鑑定入院アウトカム指標の可用性については、73 名中 46 名(回収率 63%)から回答を得た。

各項目の達成率については、おしなべて 7 割の事例で達成されていることから、鑑定入院アウトカム指標そのものが鑑定入院医療の実態と大きく乖離している可能性は低い。個別に見ると、達成率 100% の項目はもはや鑑定入院医療の常識となっている事柄であろうと思われる一方、達成率を算定できない項目はいわゆるレアケースであり、今後事例の積み重ねによる検証が必要であろう。

可用性については、合計点の平均値が 12 点に近かったことからして、おしなべて可用性は良好であるとの評価を得ていることが分かる。ただ、二分性および明確性は多くの項目で良好な評価を得たのに対し、評価性については平均値が 3 点台であり、項目によっては評価が分かれたようである。

これらの結果は、後述するようなささまざまな限界はあるものの、鑑定入院のあり方を考察する上で参考になると考える。

## 2. 絞り込みの結果から

本研究で選出された 34 項目は、いずれも実際に鑑定入院に関与した者が評価項目とし

ての適切性を認めており、かつ未だ一部の事例において達成されていない項目であり、今後鑑定入院のモニタリングや事後評価において有用な指標となることが期待される。

特に、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 項目において可用性合計点が 12 点を上回っていた。本研究において可用性アンケートは対象者や家族には実施していない。すなわち、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であることを当事者以外も認識していることが示されたといえる。このことは昨今の精神科医療で当事者目線での評価が重視されていることと整合的である<sup>13)</sup>。

多職種による協働が重視されているのも本研究の結果の特徴である。多職種チームによる鑑定はすでに全国の鑑定入院医療機関の過半数で導入されている<sup>14)</sup>。他方、鑑定医と主治医の役割を別々の医師が担うことは二重役割のジレンマを防ぎ質の高い鑑定を行うために重要とされている<sup>14,15)</sup>が、実際には多くの事例で達成されていない。看護師が対象者の看護計画を作成し、医療観察法対象者である以前に精神科入院患者として適切な対応をすることもきわめて重要であろう。対象者が治療を拒否した場合に施設内で倫理会議を開催して議論することは、指定入院医療機関では義務付けられている<sup>16)</sup>が、将来的には鑑定入院や入院医療全般に導入すべき手続きといえる。



今回の解析によって求められた鑑定入院アウトカムスコアの事例ごとの平均は0.61±0.12, 最大値は0.85, 最小値は0.28であった。すなわち, 今回調査した事例について鑑定入院アウトカムを「採点」すると, おおむね60点前後と評価されたことになる。たとえば80点台の事例についてはおおむね良好な処遇によって予後が期待できるかもしれない, 30点未満の事例については処遇上何らかの問題があったかもしれないと推測することが可能になり得る。

### 3. 鑑定入院に関する意見から

鑑定入院の対象者および関係者からはさまざまな意見が聴取された。一部は本研究で抽出された鑑定入院アウトカム指標と通じるものであった。他方, 対象者本人および家族からの意見の多くは, 鑑定入院に特有のものではなく, 精神科入院医療に対する意見として厳粛に受け止める必要がある。鑑定医や社会復帰調整官, 付添人からは, 鑑定入院の仕組みや手続きに関する課題が多数挙げられている。期間や情報共有などに関する制約は法的な問題であり即時の改善は困難かもしれないが, まずは関係者が問題意識を共有して相互の連携を強化することから解決の道を探るべきであろう。対して, 看護師や多職種チーム構成員からは, 通常精神科入院医療との違いに関する戸惑いが散見された。これはすでに報告されている<sup>4)</sup>ことであるが, 特に鑑定入院対象者に対する適切な看護計画の策定は, アウトカム指標に含まれていることもあり, 喫緊の課題といえる。

### 4. 本研究の限界

本研究は20事例という少数の対象者に対する横断研究である。また可用性アンケートの対象はそれら20事例の関係者に限定されており, データ量が十分でなく, 選択バイア

スを免れない。指標を34項目に絞り込む過程には研究者による価値判断が含まれている。本研究は探索的研究であり, 主要評価項目および統計解析手法を研究計画策定の段階から確定させていたものではない。これらの点から, 本研究の結果はあくまで限定的なものであって, 今般の結果を全国の鑑定入院事例に一般化することには慎重さが必要である。さらに, 本研究の主題である, 鑑定入院が対象者および社会にとって実りあるものであったことかを真に評価するためには, 鑑定入院アウトカム指標を鑑定入院の前後で評価するだけでは足りず, 各対象者の予後を追いつ鑑定入院の質との相関を調べる必要がある。

なお, 本研究ではその性質上, 収集する情報を絞り込んだデザインとなっている。本研究の目的は鑑定入院アウトカム指標の確立であって, 個々の鑑定入院事例の性質を精査したり, それら鑑定入院処遇の質に批判を加えたりすることではない。このため, 本研究では, 鑑定入院対象者個人にかかわる情報(年齢, 性別, 精神科診断名, 対象行為など)やその他の被験者の属性(年齢, 性別, 業務経験年数など)などは取得していない。今後, 鑑定入院アウトカム指標の確立に向けて, たとえば対象行為によって異なる指標が必要か, あるいは関係者の熟練度によって指標の使い勝手が異なるか, などといった研究疑問を解明するためには, 新たな研究が必要である。

### 5. 今後の展望

鑑定入院の質を評価し, 今後活かしていくための仕組み作りの重要性についてはすでに述べた。今後の研究の方向性としては, 選定された34項目について新たな鑑定入院事例に対する評点を行い, その点数と対象者の社会的予後との相関を調査することが考えられる。そうすることにより, 本研究で得られたリストが鑑定入院の真のアウトカムである

ところの「この鑑定入院が対象者および社会にとって実りあるものであったこと」を反映するものになっているかを検証することができるであろう。その際、この後続研究の研究仮説は「質の高い鑑定入院を提供することが、対象者の社会的予後の改善に繋がる」というものになる。

また、先述した本研究の限界をわきまえ、これら34項目の指標については、当事者や有識者の意見を踏まえて随時見直しを行い、より信頼性・妥当性の高いものへと改善していくことが必要である。特に評価者間信頼性については、評価を行う者の属性や経験によってばらつきが出ないかの検証も必要であろう。

さらに、考察で述べた通り、今回の絞り込みによってリストから漏れた項目のうち、達成率の高い項目については、鑑定入院医療の最低水準を担保するものとして、今後医療監査や悉皆調査に用いるといった活用方法が考えられる。

## おわりに

本研究を通じて、先行研究で得られた139項目の鑑定入院アウトカム指標のうち34項目が可用性の高いものとして選定された。これらの項目は、鑑定入院の質を事後的に評価

するための指標として有用性が期待される。今後はこれらの項目を用いた評価を実施して、鑑定入院のアウトカムが対象者の社会的予後にどのような影響を与えるのかを明らかにしたい。また、この34項目について信頼性、妥当性を検証するとともに、項目の取捨選択をさらに進めることを通じて、「この鑑定入院が対象者および社会にとって実りあるものであったこと」を適切に評価できるものにしていきたい。

## 利益相反

本研究は、課題番号16K10242「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」として、2016～2018年度日本学術振興会科学研究費助成事業基盤研究(C)一般の研究助成を受けて行われた。我々は日本司法精神医学会大会などで途中経過を適宜報告し、研究終了時点での結果を報告書および千葉大学社会精神保健教育研究センターのウェブサイトにとまとめた。筆頭著者は本件以外に厚生労働科学研究費の供与を受けていた。他にいずれの著者も起こり得る利益相反を有していない。

## 謝辞

本研究にご協力いただいた対象者および家族の皆様および各施設の関係者の皆様に厚く御礼申し上げます。

## 文献

- 1) 吉岡隆一：鑑定入院の現状と課題。臨床精神医学 38：551-556, 2009
- 2) 中根潤、村松太郎：医療観察法鑑定の問題点。臨床精神医学 43：1261-1267, 2014
- 3) Chambers JC, Yiend J, Barrett B, et al：Outcome measures used in forensic mental health research：a structured review. Crim Behav Ment Health 19：9-27, 2009
- 4) 森内加奈恵、中嶋秀明、笠井翔太、他：鑑定入院の看護とは何か—看護記録と聞き取り調査から。司法精神医学 6：100, 2011
- 5) 裁判所：司法統計。  
[http://www.courts.go.jp/app/sihotokei\\_jp/search](http://www.courts.go.jp/app/sihotokei_jp/search) (2020年12月23日閲覧)
- 6) 平田豊明：鑑定入院制度のモニタリングに関する研究。厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野)医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と工場に関する研究。平成25年度報告書。pp 13-52, 2013
- 7) Shiina A, Fujisaki F, Nagata T, et al：Expert consensus on hospitalization for assessment：a survey in Japan for a

- new forensic mental health system. *Ann Gen Psychiatry* 10: 11, 2011
- 8) 五十嵐禎人：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。厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)医療観察法鑑定入院制度の適正化に関する研究」成果報告。  
<http://www.m.chiba-u.ac.jp/class/shakai/jp/housystem/doc/kanteinyuuin2.pdf>(2020年12月23日閲覧)
  - 9) 五十嵐禎人：鑑定入院における医療の適切性に関する研究。厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野)医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と工場に関する研究 平成25年度報告書。pp 13-52, 2013
  - 10) Shiina A, Iyo M, Igarashi Y: Defining outcome measures of hospitalization for assessment in the Japanese forensic mental health scheme: a Delphi study. *Int J Ment Health Syst* 9: 7, 2015
  - 11) 村上宣寛：心理尺度の作り方。北大路書房。pp 65-66, 2006
  - 12) 井関隆太：尺度開発の方法—データ解析の前に。  
<http://cogpsy.educ.kyoto-u.ac.jp/personal/Kusumi/datasem11/scaling.pdf>(2020年12月23日閲覧)
  - 13) Shiina A, Ojio Y, Sato A, et al: The recognition and expectations of ex-inpatients of mental health services: a web-based questionnaire survey in Japan. *PLoS ONE* 13: e0197639, 2018
  - 14) 松原三郎：鑑定入院医療機関における医療の均てん化に関する研究。厚生労働科学研究費補助金障害者対策総合研究事業(精神障害分野)医療観察法制度の鑑定入院と専門的医療の適正化と向上に関する研究 平成23年度総括・分担研究報告書。pp 31-54, 2011
  - 15) 椎名明大：医療観察法に関する精神鑑定。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。pp47-66, 2019
  - 16) 厚生労働省：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の施行について。平成17年7月14日障精発第0714001号

## Summary

### Evaluating Quality of Hospitalization for Assessment in the Medical Treatment and Supervision Act—For establishing outcome measures of hospitalization for assessment

Akihiro Shiina<sup>1)</sup>, Aiko Sato<sup>2)</sup>, Tomihisa Niitsu<sup>3)</sup>, Yoshito Igarashi<sup>1)</sup>, Masaomi Iyo<sup>1,3)</sup>

Medical Treatment and Supervision Act, enforced in 2005 in Japan, was established to properly treat persons who committed serious crime in the state of insanity. In this Act, subjects are to be hospitalized for assessment preceding the judgment. However, the outcome measures of the hospitalization for assessment remain unqualified. We attempted to clarify the elements of the outcome measures through a series of questionnaire surveys to the subjects, their family members, and relevant professionals in each case to examine the 139 candidates of outcome measures established in the preceding study. We gained the answers from a total of 160 people. We identified 34 items from 139 candidates as they had high usability and still challenging from the result of questionnaire. These items will be utilized as measures to evaluate the quality of each hospitalization for assessment. However, this result is preliminary and require further qualification.

### Author Affiliations

- 1) Chiba University Center for Forensic Mental Health, Chiba, Japan
- 2) International University of Health and Welfare
- 3) Chiba University Graduate School of Medicine

別表 鑑定入院アウトカム指標候補の一覧

No	評価者	項目	達成率						可用性			
			Y	?	N	NA	φ	%	D	C	E	T
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	0.8	4.3	4.2	3.8	12.3
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	1.0	4.5	4.5	3.5	12.5
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	0.6	4.4	4.5	3.8	12.7
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	0.8	4.4	4.3	3.5	12.3
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	0.5	4.8	4.8	2.7	12.4
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	0.5	4.6	4.6	3.2	12.3
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	—	4.3	4.1	3.3	11.7
1	主治医	院内の医療安全管理者と連携した。	4	6	10	1	0	0.2	4.4	4.1	3.0	11.6
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	0.9	4.5	4.3	3.2	12.0
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	0.3	5.0	4.8	2.9	12.6
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	1.0	4.8	4.6	2.9	12.4
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	1.0	4.5	4.4	2.9	11.9
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	0.9	4.6	4.6	2.6	11.8
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	0.6	4.4	4.3	2.8	11.5
33	主治医	自殺予防のための取組を行った。	15	4	0	2	0	0.8	4.7	4.5	3.1	12.2
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	0.3	4.2	4.1	3.4	11.7
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	1.0	4.3	4.2	3.0	11.5
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	1.0	4.4	4.2	2.9	11.5
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	0.9	4.4	4.2	3.1	11.7
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	1.0	4.1	3.9	3.1	11.0
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	1.0	4.5	4.4	2.8	11.8
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	1.0	4.6	4.5	2.5	11.6
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	1.0	4.7	4.5	2.9	12.1
60	主治医	対象者の予後予測を行った。	20	1	0	0	0	1.0	4.3	4.1	3.0	11.4
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	0.6	4.3	4.1	2.7	11.2
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	0.8	4.2	3.9	3.0	11.1
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	0.0	4.7	4.4	3.0	12.1

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	-	5.6	4.3	3.2	13.0
88	主治医	【施設の変更が必要になった場合】手続きが円滑に行われた。	1	0	0	20	0	1.0	4.2	4.0	3.1	11.3
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	0.9	4.1	4.1	3.6	11.8
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	0.9	4.5	4.5	2.9	11.9
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	0.9	5.5	4.7	2.7	12.9
1007	主治医	共通評価項目での評価を行った	18	0	3	0	0	0.9	4.7	4.5	2.6	11.8
1008	主治医	必要な心理検査を行った	20	0	1	0	0	1.0	4.7	4.4	2.7	11.8
1009	主治医	必要な画像検査/生理検査を行った。	21	0	0	0	0	1.0	4.8	4.5	2.7	12.0
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	0.8	4.7	4.4	2.9	12.0
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	0.4	4.7	4.5	2.8	12.0
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	0.9	4.7	4.3	2.9	11.9
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	0.9	4.3	4.2	3.4	11.9
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	0.4	4.6	4.4	3.2	12.2
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	0.4	4.7	4.6	2.8	12.1
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	0.9	4.6	4.6	3.0	12.2
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	0.9	4.6	4.6	3.0	12.2
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	0.9	4.6	4.5	3.0	12.1
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	1.0	4.4	4.1	2.9	11.5
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	0.7	4.5	4.3	3.2	12.0
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	1.0	4.8	4.6	2.8	12.2
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	0.9	4.8	4.7	2.8	12.3
45a	主治医	対象行為時およ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	1.0	4.5	4.5	3.4	12.4
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	0.9	4.8	4.7	3.0	12.5
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	0.5	4.7	4.6	3.0	12.4
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	0.9	4.4	4.3	3.1	11.8
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	0.8	4.6	4.3	2.9	11.8
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	0.5	4.3	4.1	3.1	11.5

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	0.9	4.6	4.4	3.2	12.2
2002	鑑定医	鑑定期間中、裁判官およ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レンスを行った。	19	0	1	0	0	1.0	4.7	4.6	2.6	11.9
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。	4	3	11	2	0	0.2	4.8	4.7	2.8	12.3
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。	4	0	15	1	0	0.2	4.6	4.5	3.0	12.1
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	1.0	4.9	4.8	2.8	12.5
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	1.0	4.4	4.4	2.9	11.7
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	1.0	4.1	4.0	2.9	11.1
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	0.7	4.1	4.1	3.2	11.4
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	1.0	4.2	4.3	3.1	11.7
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	1.0	4.3	4.3	2.8	11.4
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	1.0	4.6	4.6	2.5	11.7
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	1.0	4.4	4.4	2.7	11.5
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	1.0	3.9	4.0	3.3	11.2
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	0.5	3.9	3.9	3.4	11.2
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	1.0	4.7	4.5	2.7	11.9
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	1.0	4.2	4.3	3.3	11.7
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	0.5	4.2	3.9	2.9	11.0
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	0.2	4.1	4.0	3.6	11.8
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	0.1	4.2	4.1	3.3	11.6
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	0.5	4.4	4.2	3.2	11.8
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	0.9	4.2	4.0	2.7	10.9
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	1.0	4.6	4.4	2.7	11.6
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	1.0	4.3	4.0	2.7	11.0
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	0.4	4.3	4.3	3.1	11.7
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	1.0	4.5	4.6	3.1	12.3

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	0.8	4.6	4.7	3.0	12.4
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	0.9	4.3	4.2	3.1	11.7
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	0.2	4.0	4.0	2.6	10.5
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	0.9	4.3	4.3	3.1	11.7
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	0.9	4.0	3.8	3.5	11.4
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	1.0	4.6	4.6	2.8	12.0
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	0.5	4.1	4.3	2.7	11.1
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	0.4	4.2	4.0	3.1	11.3
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	0.9	4.8	4.8	2.5	12.1
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	0.2	4.6	4.6	2.5	11.7
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	0.6	4.1	4.2	3.3	11.5
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	0.9	4.4	4.3	3.4	12.0
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	1.0	4.8	5.9	3.3	14.0
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	0.8	4.6	4.8	3.1	12.5
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	0.9	4.7	4.8	3.0	12.4
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	1.0	4.5	4.6	3.0	12.2
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	0.9	4.4	4.3	2.9	11.7
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。	26	7	3	2	2	0.7	4.6	4.5	2.8	11.9
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	0.9	4.1	4.1	2.9	11.1
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	0.5	4.2	4.1	3.1	11.4
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	1.0	4.8	4.7	3.1	12.6
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	0.6	4.6	4.7	3.2	12.5
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	0.9	4.2	3.8	3.2	11.2

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	0.5	4.8	4.7	2.5	12.0
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	0.2	4.0	3.9	3.3	11.2
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	0.3	3.8	3.9	3.7	11.4
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	0.7	4.4	4.1	3.2	11.7
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	0.3	4.6	4.4	2.8	11.8
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	0.3	4.3	4.2	3.3	11.8
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	0.1	4.5	4.4	3.1	11.9
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	0.9	4.2	4.1	3.2	11.5
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	0.0	4.5	4.2	4.1	12.8
156	社会復帰調整官	家族や友人等による支援の有無および程度が明らかになった。	19	1	0	0	0	1.0	4.5	4.4	3.3	12.2
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	0.0	4.5	4.4	3.1	11.9
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	0.4	4.5	4.4	3.3	12.2
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	0.8	4.7	4.4	3.1	12.2
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	0.8	4.5	4.4	3.0	11.9
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	0.0	4.2	3.9	3.4	11.4
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	0.0	4.3	4.2	3.3	11.8
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	0.0	4.3	4.1	3.2	11.6
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。	10	1	8	1	0	0.5	4.3	4.3	3.3	12.0
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	0.6	4.7	4.6	3.1	12.4
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	0.9	4.5	4.5	3.2	12.2



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	1.0	4.8	4.8	2.8	12.3
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	0.5	4.6	4.4	2.9	11.9
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	0.1	4.6	4.6	3.1	12.3
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	0.0	4.9	4.8	3.2	12.9
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	0.0	4.5	4.2	3.3	12.0
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	0.6	4.7	4.6	3.1	12.3
210	付添人	審判で対象者の処遇にあたり家族および付 添人の意見が聴取された。	10	2	0	0	8	0.8	4.7	4.7	2.6	12.0
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	1.0	4.6	4.5	2.9	12.0
213a	付添人	医療観察法およ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	1.0	4.5	4.4	3.1	12.1
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	—	4.4	4.3	3.3	12.0
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	1.0	4.4	4.3	3.3	12.0
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	1.0	4.6	4.6	2.7	11.9
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	1.0	4.6	4.6	2.8	12.0
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	1.0	4.5	4.4	3.1	12.0
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	—	5.9	4.5	3.1	13.4
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	0.5	4.4	4.3	3.0	11.7
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	0.5	4.7	4.6	2.9	12.2

No.: 整理番号, 評価者: 実際に評価を行う者の職種または立場, 項目: 鑑定入院アウトカム指標候補の各項目, Y: 「はい」の回答数, ?: 「どちらともいえない」の回答数, N: 「いいえ」の回答数, NA: 「非該当」の回答数, φ: 無回答の回答数, %: 「Y」の回答数を「Y」「?」「N」の回答数の合計で除した数(「—」は計算不能を示す), D: 「二分性」の平均点, C: 「明確性」の平均点, E: 「評価性」の平均点, T: 「二分性」「明確性」「評価性」の合計得点の平均点