

	日本語	2000年訳	協会訳
27	届け出 当該職員	report said staff	the staffmembers of the prefectural government
29	身分を示す証票 指定に係る病床	identification documents beds designated in the hospital	identification indicating their beds subject to such designation
29-2	移送	admit the measure for	
29-6	健康保険	the Health Insurance System	the Public Health Insurance
30	国民健康保険法	the National Health Insurance Law	
	船員保険法	the Mariner's Insurance Law	the Seamen's Insurance Law
	労働者災害補償保険法	the Laborer's Accident Compensation Insurance Law	the Workmen's Accident compensation Insurance Law
	国家公務員共済組合法	the National Public Servants Mutual Aid Association Law	
	地方公務員共済組合法	the Local Public Servants Mutual Aid Association Law	
	老人保健法	the Law of health & Medical Service for the Aged	
32-4	介護保険法 診断書	the Law of Care Service Insurance medical certificate	a diagnosis which shall be written by physician
	戦傷病者特別援護法	the Special Assistance Law for the Wounded in the War	the Law for Special Aid to Wounded and Sick Veterans
32-2	社会保険診療報酬支払い基金	the Social Insurance Medical Fee Payment Fund	the Social Insurance Medical Expense Reimbursement Foundation
	政令	cabinet order	government ordinance
	応急入院	emergency hospitalization	emergency admission
33-4	処遇	secure the treatment	
34	選任	appointment	
38	定期の報告	regular report	periodic report
	帳簿書類	documents	
38-5	請求	request	
38-6	報告徴収	collection of report	collecting reports
38-7	改善命令	order for improvement	
	警察署長	the chief of police	the chief of the police station
40	仮退院	temporary discharge	
41	引き取り義務	obligation to take charge	obligation to look after
45-2	交付	recipient	granted
	返還	return	surrender
47	社会福祉事業法	the Law for Social Welfare and	the Social Welfare Services Act
48	精神保健相談員	the Mental Health and Welfare Counselor	pl
	精神障害者社会適応訓練施設	the social adaptation training work	
	精神障害者地域生活支援センター	the Community Life support Center	the community living support services
	精神障害者生活訓練施設	facility for training in daily life for the Mentally Disordered Person	social training facilities
	精神障害者授産施設	vocational facility	sheltered workshops
	精神障害者福祉ホーム	welfare home	
	精神障害者福祉工場	welfare factory	welfare workshops
	福祉事務所	the welfare center	
51-5	特定情報管理規定	rules for Specific Information Control	Specified information control regulations
51-7	解任命令	order of dismissal	dismissal order
51-10	監督命令	Order for Supervision	Supervisory Orders
51-11	審判	demand for trial	
51-12	大都市の特例	Exceptions for Big Cities	Special rules for major cities

厚生科学研究費補助金（障害保健福祉総合）研究事業  
分担研究報告書

精神医学における倫理的・社会的問題に関する研究（H12-障害-007）  
分担研究「地域ネットワークの形成と守秘義務の関係に関する研究」

分担研究者 江畑敬介 東京都立中部総合精神保健福祉センター所長

研究要旨：地域ネットワークを形成するには患者情報の共有化が必要であるが、その際の守秘義務についての認識は専門職種別に異なっていた。その認識には、それぞれの職種の置かれた職場の違い、年齢層の違い、持っている情報の違いなどが影響していた。また家族から患者情報を求められた場合に、どのような場合に、どんな種類の情報をえるかについては、回答にばらつきが多く、今後、我が国の家族制度にふさわしい基準が必要である。

#### A.研究目的

精神障害者を地域で支えていくためには多種の専門職のみならず、家族、ボランティアなどを含めた大勢の人々によるネットワークを形成し、それらの人々の間で迅速で正確な臨床情報が伝達されなければならない。しかしその一方では、多くの専門職には守秘義務が規定されている。地域ネットワークを形成する場合に、臨床情報の伝達と守秘義務が拮抗することが稀ではない。さらにボランティアには、守秘義務が法的に規定されていないが、ネットワークに組み入れる場合にどのような注意が必要であるか、などの問題がある。これらの問題点を明確にし、一定のガイドラインを示すことができるならば、地域ネットワークをより円滑に形成できるようになるものと期待される。本研究は、そのガイドライン作成の基礎資料となる調査である。

#### B.研究方法

地域ネットワークを形成する場合に守秘義務との間に生じる問題の現状を調査するための質問紙を作成した。その質問紙を用

いて、精神保健従事者団体懇談会、病院・地域精神医学会、日本作業療法士協会、全国保健・医療・福祉心理職能協会及び全国精神障害者地域生活支援協議会の協力を得て、下記のように多職種の人々からなる1,471名に対して郵送調査を行い467名から回答を得た。回収率は31.7%であった。回答者の職種別構成は、精神科医154名、心理職75名、精神保健福祉士71名、作業療法士57名、看護婦・保健婦44名、その他の職65名であった。その他の職には、小規模作業所職員、教員などが含まれていた。

（倫理面への配慮）質問紙への回答は、協力の意思のある人のみであり、かつ無記名とした。

#### C.研究結果

1) 同一施設内の専門職の間だけで患者情報を共有化する場合に患者の同意を得ているのは小規模作業所職員などが最も多く31.1%であった。

2) 他施設の専門職と患者情報を共有化す

る場合に患者の同意を得ている者は精神保健福祉士で最も多く54.4%であった。

3) 同一職場内での専門職で事例検討会を行った場合に、その終了後に事例記録回収していないのは作業療法士で最も多く77.8%であった。

4) 他施設の専門職と一緒に事例検討会を行った場合に、その終了後に事例記録を回収していないのは作業療法士が最も多く71.4%であった。

5) 患者の世話をしている家族から患者情報の提供を求められた時に求められたことには答えている者は小規模作業所職員などで最も多く42.4%であった。

6) ボランテニアと仕事をする場合に事前に守秘義務の誓約を文書で得ているのは心理職で最も多く19%であった。

7) ボランテニアとの患者情報の共有化を専門職と区別しないとする者はどの職種においても少なくとも5%以下であった。

#### D.考察

守秘義務についての認識は明らかに職種別に異なっていた。その認識には、それぞれの職種の置かれた職場の違い、年齢層の違い、持っている情報の違いなどが影響していた。家族から患者情報を求められた場合に、どのような場合に、どんな種類の情報を伝えるかについては、我が国の家族制度にふさわしいものでなければならない。

#### E.結論

臨床情報の交換の際には、多職種の専門家が共有できるガイドラインの必要性が確かめられた。またボランテニアに対して守秘義務の誓約を文書で得ているところが少ない現状をみると、これについての啓発も必要であることも確かめられた。

#### G.研究発表

##### 1.論文発表

地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究—第1報 職種別現況—：  
第21回日本社会精神医学会、高知市、  
2001年3月

人権擁護のための精神医療審査会の活性化に関する研究

分担研究者：山崎 敏雄（山崎病院）

研究協力者：

浅井 邦彦（浅井病院）

平田 豊明（千葉県精神科医療センター）

後藤 雅博（新潟県精神保健福祉センター）

町田いづみ（済生会栗橋病院）

田原 明夫（京都大学医療技術短期大学部）

三脇 康生（京都大学大学院）

中村 道彦（京都府立精神保健福祉総合センター）

八尋 光秀（福岡県弁護士会）

永野貫太郎（第二東京弁護士会）

**研究要旨**

本研究班は、精神医療審査会を活性化し、地域格差を是正するために、調査研究活動を実施してきた。今年度は、以下の3つの研究課題を立て、それぞれに成果を得た。

(1) 審査会の機能評価尺度に関する審査会委員および事務局の意見を集約すること。全国の審査会委員830名、審査会事務局59カ所に対して、審査会の機能評価項目（50項目）に関する意見を問うたところ、676名（76.0%）から回答を得た。1項目（当該病院で審査会を開催した件数）を除いて、全ての項目に過半数の賛同を得たが、項目によっては賛同率にばらつきがあった。また、自由回答では、多数の有用な意見が寄せられた。

(2) 2002年度から精神保健福祉センターに移管される審査会の事務局運営マニュアル案を作成すること。前年度に実施した審査会事務局の業務量調査などを参照して、事務局の独立性、専門性、透明性を重視した事務局運営マニュアル案を作成した。電話受け付け体制の充実、請求受理から2週間以内の意見聴取、重大な人権侵害が疑われるケースに対する緊急審査会の開催、年次報告書の充実、実地指導・実地審査との情報交換など、審査会機能の拡充を目指した。

(3) 審査会制度を諸外国と比較すること。イギリスおよびフランスの審査会制度を検討し、わが国の制度と比較した。わが国の審査会制度には、イギリスの裁判所機能（Tribunals）と委員会機能（Commission）とが混在している。フランスの審査会（県委員会）は、患者からの請求がなくても病院に立ち入り調査ができるという面で、わが国の実地審査・実地指導の機能を兼ね備えている。審査会機能に関する日仏の比較調査によれば、審査会機能に不満がないとするフランスの精神科医が46.2%であったのに対して、日本では18.0%にすぎなかった。わが国の審査会制度の再検討、特に実地審査・実地指導との役割分担の再検討が必要と思われた。

## A. 研究目的

精神医療審査会(以下「審査会」)制度は、精神科病院における医療内容や人権擁護の不透明性に対する国内外の批判を背景として、1989年に創設された制度である。都道府県と政令市併せて59の自治体には、総計153(2001年3月現在)の合議体から成る精神医療審査会が設置され、各合議体は、入院医療に関する書類および入院患者からの退院もしくは処遇改善請求を審査している。必要に応じて、審査会は、病院を調査し、知事(ないし政令市長)に対して、退院もしくは処遇改善命令を発するよう勧告することができる。

このように、審査会制度は、患者人権の擁護と適正な医療の確保のうえで、強力な権限をもっているが、審査会制度発足後も、精神科病院における人権侵害事件や不祥事件は後を絶たないのが現状である。退院請求も1998年度に初めて全国で1,000件を超えたが、約10万人の非自発入院患者数に比較すると、決して高い水準とはいえない。また、自治体間格差および病院間格差が著しい。

本研究班は、審査会活動を活性化し、地域格差を是正するために、様々な調査研究活動を行ってきた。今年度は、(1)審査会の機能評価尺度に関する審査会委員と事務局の意見を集約すること、(2)2002年度から精神保健福祉センターに移管される審査会事務局の運営マニュアル案を作成すること、(3)審査会制度を諸外国と比較すること、を研究目的とした。

## B. 研究方法

### 1. 精神医療審査会の機能評価尺度に関するアンケート調査

全国の審査会委員と事務局担当者を対象として、「審査会の機能を評価するにはどのような情報が必要か」という観点から、研究班のプランに対する意見を問うアンケート調査(50項目)を実施した。

### 2. 審査会事務局運営マニュアルの作成

審査会活動の実態調査(1999年度)や事務局の業務量に関する調査(2000年度)を参考に、審査会事務局運営マニュアル案を作成した。

### 3. 審査会制度の海外比較

英仏における審査会制度の実状を調査し、わが国の制度との比較検討を試みた。

なお、今回の調査においては、患者の個人情報を取り扱ったり、患者との面接調査を行うことはなかった。したがって、患者のプライバシー保護に触れるような調査結果が出ることはない。また、回答者のプライバシーには十分に配慮した。

## C. 研究結果

### 1. 精神医療審査会の機能評価尺度に関するアンケート調査

当研究班は、「精神医療審査会の機能を強化するためには、どんな施策が必要か」を探るために研究活動を行ってきた。そして、現時点では、審査会機能の強化のためには、まず、各審査会の機能水準を評価するための客観的な尺度が不可欠であるとの考えに至った。

そのような評価尺度を作成するための前提として、今年度の調査では、精神医療審査会の機能を評価するために当研究班が必要と判断した項目およびその理由を提示し、全国の審査会委員および審査会事務局の意

見を問うた。

### (1) 回答率

全国の精神医療審査会事務局に対する調査によれば、2001年3月末現在、全国の精神医療審査会には総計830人の委員がおり、その内訳は下記の通りとなっている。

(a)医療委員477名：民間医療施設300、国立医療施設43、公立医療施設70、精神保健福祉センター25、教育機関25、その他14。

(b)法律委員178名：弁護士91、検事36、裁判官33、その他18。

(c)有識者委員175名：社会福祉協会32、教育機関31、看護職16、社会福祉法人13、精神保健福祉士9、その他74。

本調査に回答した委員および事務局は総計676名（回答率76.0%）。回答者の内訳と委員種別回答率は以下の通りであった。

(a)医療委員358名（回答率75.1%）：民間医療施設214、国立医療施設27、公立医療施設52、精神保健福祉センター19、教育機関28、その他16、所属不明2。教育機関とその他の回答者数が前記の委員数を上回ったのは、事務局もしくは回答者いずれかの誤記、あるいは所属の重複によるものであろう。

(b)法律委員109名（回答率61.2%）：弁護士54、検事22、裁判官23、その他9、所属不明1。

(c)有識者委員143名（回答率81.7%）：社会福祉協会18、教育機関29、看護職15、社会福祉法人21、精神保健福祉士11、その他47、所属不明2。社会福祉法人と精神保健福祉士の回答者数が前記の委員数を上回ったのも同前の理由であらう。

(d)事務局49名（回答率83.1%）。

(e)委員種別等不明17名。

### (2) 調査結果

以下に、調査項目ごとの結果と自由記載

意見を抜粋して示す。

#### (A) 審査会委員の構成

##### 1. 合議体ごとの委員名簿

[評価項目とすべき理由：在院患者数に比して合議体数が妥当かどうかを検証する必要がある。また、自治体によっては、複数の合議体委員を兼任する委員を置いたり、補助委員を置くなどしている。委員名簿は、審査会の運用実態を把握する一助となる]

(1) 必要な評価項目である。	561(83.0%)
(2) 必要のない評価項目である。	50
(3) わからない。	40
(4) その他の意見	17
無回答	8

自由記載意見には、「委員名の公表については、審査会で意志決定する必要がある」「構成員の数、資格、合議体の構成方法等さえ分かれば、住所・氏名のような具体的な情報までは不要。もともと、どうせ各会で作成した名簿を提出するだけですむなら、事務局としては負担が少ない」があった。

##### 2. 医療委員の所属施設（民間・国立・公立病院、精神保健福祉センターなどの別）

[評価項目とすべき理由：審査会における医療委員の発言力は大きい、医師の意見や姿勢には少なからぬばらつきがある。医療委員の配置に際しては、所属施設のバランスをチェックする必要がある]

(1) 必要な評価項目である。	570(84.3%)
(2) 必要のない評価項目である。	66
(3) わからない。	30
(4) その他の意見	5
無回答	5

自由記載意見として、「バランスも必要かもしれないが、それよりも見識が大切」「所属施設のバランスをとることによって、医師の意見や姿勢のばらつきをチェックで

きるのか」があった。

### 3. 法律委員の職種と所属機関（弁護士、検察官、裁判官、教育職などの別）

〔評価項目とすべき理由：患者の人権擁護という審査会の設立趣旨からみて、弁護士の数は多い方が望ましい。法律委員の所属機関の情報は必要不可欠〕

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 539 (79.7%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 69          |
| (3) わからない。        | 45          |
| (4) その他の意見        | 19          |
| 無回答               | 4           |

この項目に対しては、弁護士でない法律委員を中心に、当研究班の原案に批判的な意見が数多く寄せられた。以下に、一部を紹介する。「弁護士だけ多くする必要はない。他の人も法律関係だから」「弁護士でないと人権擁護にならないというのはおかしい」「弁護士は多い方がよいが、忙しさのためか、現実にはなかなか出席できない」「人権擁護という観点から弁護士以外の職種は望ましくない、との認識を前提としているのであれば、逆にその理由を伺いたい。検察官は公益の代表者であり、人権擁護を旨とし、意見や姿勢にばらつきや偏りも比較的少ないうえに、その業務を通じて精神医学分野にある程度の経験と知識を有している」「裁判官と弁護士を比較して、後者の方が一般的に望ましいと評価するのは疑問が残る。適正手続き（デュープロセス）の確保や公平な見地からの職権調査というのは、むしろ裁判官的な発想によるところが大きい」「全体会が開催されている限り、全体で問題点の討議がなされるので、法曹三者、教育職が網羅されることが望ましい」

### 4. 有識者委員の職種や所属機関（社会福祉協会、社会福祉法人、PSWなどの別）

〔評価項目とすべき理由：今後は、PSWや社会福祉法人職員など、精神保健福祉の分野で実務を担当する人の参加が必要となる。有識者委員に関する情報も重要になる〕

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 572 (84.6%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 57          |
| (3) わからない。        | 33          |
| (4) その他の意見        | 9           |
| 無回答               | 4           |

自由記載意見として、「有識者委員は、心理職やソーシャルワーカーの有資格者で実務経験を有する者を充てることが望ましい」「PSW、精神保健福祉分野の人は必要。社会福祉法人等は不要」「福祉畑だけを歩いてきた人には医療面の理解が偏りすぎている傾向がある」「社会福祉協会から推薦を受けた有識者委員で、審査会の機能および精神保健福祉法について全く無理解の人がかっていた」などがあった。

### 5. 各審査会委員の通算就任期間

〔評価項目とすべき理由：審査会委員の長期留任は、回避することが望ましい〕

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 454 (67.2%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 92          |
| (3) わからない。        | 94          |
| (4) その他の意見        | 31          |
| 無回答               | 5           |

この項目にも、批判的な意見が多かった。一部を紹介すると、「あまりに長期は妥当ではないが、一期のみでは十分でなく、長期留任が全て不当とはいえない」「長期留任は避けることが望ましいが、人材に限りがある」「機械的に任期を設けることは、人材確保の困難や機能の低下、形骸化を来すおそれがある」「長期の期間は不明であるが、経験の豊富さが審査に役立っていることもある」「研究班の見解はもったものであるが、精神病院を審査・指導するには、しかるべきキャリアを有する人物である必

要もあり、そうした人材が地方部では限定される事情も考慮いただきたい」などである。

6. 審査会委員の構成に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問に寄せられた意見を以下に抜粋する。

- ・あて職委員は不要。医師委員と弁護士委員は同数が望ましい。
- ・委員の年齢や履歴。
- ・医療委員の占める比率が高いと、他分野の委員の発言が消極的に流れる。
- ・設置者（県・市）の他の委員等との兼務の有無、数、理由。他の委員会からの安易な転用の有無。
- ・審査委員の男女別人数。患者は両性であるため、男性のみに偏らず、女性の視点も必要。）
- ・委員の選出経緯（推薦ルート）。各委員の実働回数。合議体構成委員中の実働人員数（実際に何人集まって開催されているか、全員が均等に出席しているか）。
- ・有識者委員は、他の委員に比し、専門性が漠然としているように思う。団体の管理職や事務職員等是不適切と思う。所属のみではなく、職種（ソーシャルワーカー、心理士など）も調査していただきたい。
- ・特に法律委員については、その専門性（例、憲法学、刑法学等）、経歴や実績（例、代表的な訴訟事実や社会活動等）も知りたい情報。医療委員については、出身大学も明記（同門のよしみで馴れ合いの審査が行われることを防ぐため）。さらに、各委員の年齢、委員就任時期、その他の個人的属性も。一般に、審判を下す立場にある人、例えば裁判官は、当人に関する個人情報明らかにされて当然である。個人情報が開示されることを好まないなら、審査

委員に就任しなければよい。

- ・これまでに審査会委員を出している病院数と割合。
- ・法律委員、有識者委員とも、ある程度の精神科医療の知識があることが望ましい。
- ・有識者委員は、精神保健福祉の分野以外からも必要。

## (B)合議体等の開催数

### 1. 各合議体の年間開催数

[評価項目とすべき理由：合議体の開催頻度は、退院請求審査の迅速さや書類1件当たりの審査時間に大きく関わる]

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| (1)必要な評価項目である。612(90.5%) |  |
| (2)必要のない評価項目である。32       |  |
| (3)わからない。22              |  |
| (4)その他の意見7               |  |
| 無回答3                     |  |

### 2. 合議体開催ごとの書類及び退院請求等審査の所要時間

[評価項目とすべき理由：委員の業務量や1件当たりの審査時間を推計するため]

- |                          |  |
|--------------------------|--|
| (1)必要な評価項目である。457(67.6%) |  |
| (2)必要のない評価項目である。134      |  |
| (3)わからない。57              |  |
| (4)その他の意見23              |  |
| 無回答4                     |  |

この項目も、研究班の見解への批判的意見が多かった。一部を示す。「事前に書類をチェックしたり、退院請求に対する意見をまとめたりするのに要する膨大な時間も評価しなければ、意味がない」「審査内容は事例により異なるため、平均化して評価することには疑問あり」「事前に資料を送付してある場合では、それを検討する時間は評価できない。実質的所要時間が把握できず、評価尺度としての有意性に欠ける」「例えば1件の審査に時間をかけることがあり、単純計算で審査時間を推計しても意



味がない」「業務量は件数で判断すれば足りる。審査時間は、書類の読み易さの差などに影響され、算出する意味が乏しい」

「審査案件によって、審査時間には非常にばらつきがある」

### 3. 全体会の年間開催数

[評価項目とすべき理由：各合議体の審査基準を揃えたり、一合議体内では結論が出し切れない論点を討議するために、審査会の全体会を開催する必要がある。その開催頻度は、審査会活動を評価する上で不可欠である]

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| (1) 必要な評価項目である。525(77.7%) |  |
| (2) 必要のない評価項目である。72       |  |
| (3) わからない。67              |  |
| (4) その他の意見 8              |  |
| 無回答 4                     |  |

自由記載意見には、「全体会の回数を問題にするよりも、どのような場合に全体会を開いたかを調査する方がよい」「合議体委員長会議で審査基準を揃えるのはいかが?」「合議体開催時に問題状況があれば事務局で把握・調整し、一定開催のほか随時開催で可」などがあつた。

4. 合議体等の開催数に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問に対する回答意見の一部を以下に紹介する。

- ・開催場所、およびそれが一定か否か。委員以外（事務局）の立ち会い・関与の程度。
- ・実際に出席した構成員のバランス。
- ・情報開示や会議の公開状況に関する情報（審査会のアカウントビリティと意志決定の透明性を高めるために）。

### (C) 書類審査

#### 1. 年間書類審査件数（合議体別、書類別、

病院別)

[評価項目とすべき理由：各委員の業務量や書類審査時間を比較するため]

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| (1) 必要な評価項目である。561(83.0%) |  |
| (2) 必要のない評価項目である。65       |  |
| (3) わからない。45              |  |
| (4) その他の意見 5              |  |
| 無回答 0                     |  |

#### 2. 承認保留件数（合議体別、書類別、病院別)

[評価項目とすべき理由：書類審査の厳密度を自治体間、合議体間で比較するために必要。あまりに格差がある場合は、その要因分析も必要]

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| (1) 必要な評価項目である。539(79.7%) |  |
| (2) 必要のない評価項目である。74       |  |
| (3) わからない。57              |  |
| (4) その他の意見 4              |  |
| 無回答 2                     |  |

#### 3. 書類審査に基づく審問等（法第38条の3第3項）の実施件数と内容

[評価項目とすべき理由：今年度の法改正によって盛り込まれた審査会の権限。その活用状況は、審査会活動を評価するための重要な指標である]

- |                           |  |
|---------------------------|--|
| (1) 必要な評価項目である。566(83.7%) |  |
| (2) 必要のない評価項目である。36       |  |
| (3) わからない。68              |  |
| (4) その他の意見 4              |  |
| 無回答 2                     |  |

4. 書類には全委員が目を通すことになっているか。

[評価項目とすべき理由：審査会によっては、事前チェックを外部委託し、問題のある書類のみを審査会に諮ったり、3人の医療委員のうち2人がチェックすればよいとしているなど、書類審査の様態にはばらつきが

ある。このばらつきは把握する必要がある]

(1) 必要な評価項目である。	555(82.1%)
(2) 必要のない評価項目である。	70
(3) わからない。	37
(4) その他の意見	14
無回答	0

自由記載意見には、「全委員が書類に目を通すことが不可欠とは思わない。もしそれを実践するとすれば、地方によっては、合議体数（委員数）を増やすか、開催数を増やすしかないが、後者は委員の負担が過多になる。複数の委員がチェックし、問題のあるものを全員で検討すれば十分」「全委員が書類の全部に目を通す必要があるかを検証してみる必要がある」「法律家委員と有識者委員の関与の仕方や基準も知りたい」などがあつた。

5. 自治体による実地指導（精神病院の監査）および実地審査（措置入院事例の個別審査）の情報が、書類審査の場に提供されているか。

[評価項目とすべき理由：書類審査では見えない入院治療の実態を把握するために、実地指導と実地審査の情報は有用であるが、明文規定がないので実態把握が必要]

(1) 必要な評価項目である。	538(79.6%)
(2) 必要のない評価項目である。	58
(3) わからない。	67
(4) その他の意見	8
無回答	5

自由記載意見には、「毎年の病院指導の内容は、審査会全体会で報告されている」との意見があつた。

6. 書類審査の基準の有無

[評価項目とすべき理由：生活歴や医療保護入院の必要性、過去12ヶ月の病状などについては、記載の指針が示されているが、

これらをチェックする基準がどの程度定められているか、把握する必要がある]

(1) 必要な評価項目である。	544(80.5%)
(2) 必要のない評価項目である。	69
(3) わからない。	50
(4) その他の意見	6
無回答	7

この項目に対しては、「そのような基準を定めることは極めて困難であり、仮にこれを定めるとすれば、いたずらに膨大なものとなり、悪しきマニュアル化を招きかねない。また、すぐれて専門的なものとなって、法律委員、有識者委員には使えないものとなろう。マニュアル化して採点するのではなく、総合的に判断するのが審査の本来のあり方」という批判的意見があつた。

7. 書類審査に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問には、以下のような意見があつた。

・各病院の任意入院の実態を把握することが必要。

・症例によっては、生活歴が必ずしも必要でない場合があるが、記載のないケースに対して、いかに対応するかは必要。

・①任意入院者に対する退院制限は、いわば病院管理者に与えられた契約不履行特権である。法22条の4の3を発動した場合の書面様式を作り、これの審査も行き、評価項目とする。②国連原則11の13に定められているように、精神疾患を有する者に重大な内科的または外科的治療を行った場合の書面様式を作り、これの審査も行き、評価項目とする。

(D) 退院請求等の審査

1. 退院請求および処遇改善請求の年間受理件数（電話・書面別、病院別）

[評価項目とすべき理由：在院患者数や入

院件数に比して、請求件数にどのような特徴があるかを把握するため]

(1) 必要な評価項目である	591(87.4%)
(2) 必要のない評価項目である。	46
(3) わからない。	23
(4) その他の意見	8
無回答	8

## 2. 請求の年間審査件数および審査結果（合議体別、病院別）

[評価項目とすべき理由：前記と同様。さらに、請求審査の特徴を把握するため]

(1) 必要な評価項目である。	585(86.5%)
(2) 必要のない評価項目である。	48
(3) わからない。	29
(4) その他の意見	5
無回答	9

## 3. 請求の取り下げと要件消失の件数（合議体別、病院別）

[評価項目とすべき理由：前記と同様]

(1) 必要な評価項目である。	513(75.9%)
(2) 必要のない評価項目である。	93
(3) わからない。	54
(4) その他の意見	7
無回答	9

この項目に対しては、「請求取り下げなどの件数が必要とは思えない。何の意味があるのか分からない」という意見と、逆に、「請求の取り下げ理由と要件消失理由の情報も必要」という自由記載意見があった。

## 4. 請求の受理から意見聴取、審査内容、結果通知に至るまでのプロセスを事例ごとに記録した専用の様式（退院請求等の審査記録票）があるか。

[評価項目とすべき理由：審査の実態およびその内容を客観的に評価する資料として不可欠のため]

(1) 必要な評価項目である。	529(78.3%)
-----------------	------------

(2) 必要のない評価項目である。	83
(3) わからない。	48
(4) その他の意見	5
無回答	11

## (D) - 1. 電話相談

1. 退院ないし処遇改善請求に関する電話相談は、担当者への直通電話になっているか、また、同時に何回線に感じられるか。

[評価項目とすべき理由：退院等の請求は、電話相談が起点となる。ここでのアクセスの容易さが、審査件数に少なからず影響するため、このような項目が必要となる]

(1) 必要な評価項目である。	482(71.3%)
(2) 必要のない評価項目である。	85
(3) わからない。	94
(4) その他の意見	7
無回答	8

自由記載意見には、「直通電話であるかどうかは評価項目とすべきだが、回線数については、各自治体の予算、人員等の個別事情に左右され、回線数が少ないからといって、アクセスが不便であるとか、熱意がないと評価するのは、いかがか」「回線数は地域の事情によって異なるから、必要な項目とは思わない」などがあつた。

## 2. 電話相談を受け付ける職員の職種や経験年数（精神科専門職かどうか、臨床経験は何年かなど）

[評価項目とすべき理由：入院患者からの電話相談は、必ずしも請求内容が明確ではない。処遇への不満が退院請求の形をとることもある。相談者の意向を適切に汲み取り、審査プロセスに乗せるには、技術と経験を要する]

(1) 必要な評価項目である。	472(69.8%)
(2) 必要のない評価項目である。	106
(3) わからない。	86
(4) その他の意見	8

無回答 4

自由記載意見には、「審査会制度の趣旨をよく理解しており、必要なときに専門家にアドバイスを受けられるような体制であれば、職種や経験年数は必ずしも必要な項目とは限らない」「実際問題として、精神科専門職が電話相談を受けるのは困難なところが多いと思われる」などがあつた。

3. 電話相談内容を事例ごとに記録する専用の書式（電話相談記録票）があるか。

[評価項目とすべき理由：電話相談の内容を記録する書式があるかどうかは、電話相談の意義をどれだけ重視しているかを評価する上で重要である]

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 534 (79.0%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 73          |
| (3) わからない。        | 64          |
| (4) その他の意見        | 1           |
| 無回答               | 4           |

4. 電話相談記録票は、請求受理扱いでなくとも、全例が審査会に提示されているか。

[評価項目とすべき理由：電話相談の段階でのスクリーニングを審査会で再チェックしているかを確認するため]

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 444 (65.7%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 116         |
| (3) わからない。        | 102         |
| (4) その他の意見        | 9           |
| 無回答               | 5           |

自由記載意見には、「全例を審査会で再チェックするのは時間的に困難と思われる」「検察の先議権と同じようなことが起こってはならない。措置鑑定についても、警察・保健所などで大きな差がある」があつた。

5. 電話相談に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問には、以下の回答があつた。

・1回の電話相談の時間および電話時間帯（病院によっては、電話の時間制限や回数制限を行っているところがある）。

(D) - 2. 意見聴取

1. 意見聴取（面接調査）に赴いた委員および事務局員の氏名が記録・保管されているか。

[評価項目とすべき理由：医療委員以外の委員も事情聴取に参加すべきであるというマニュアルが実施されているかを確認するため]

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 612 (90.5%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 37          |
| (3) わからない。        | 20          |
| (4) その他の意見        | 3           |
| 無回答               | 4           |

2. 意見聴取をした対象者（本人、代理人、家族、病院管理者、主治医、PSW、病棟婦長等）の氏名が記録・保管されているか。

[評価項目とすべき理由：客観情報の収集のために広く意見聴取がなされているかを確認するため]

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 607 (89.8%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 38          |
| (3) わからない。        | 27          |
| (4) その他の意見        | 0           |
| 無回答               | 4           |

3. 意見聴取の場と立会人が記録・保管されているか。

[評価項目とすべき理由：入院患者への意見聴取が、自由な発言が保障される環境でなされたかどうかをチェックするため]

- |                   |             |
|-------------------|-------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 574 (84.9%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 60          |
| (3) わからない。        | 37          |
| (4) その他の意見        | 1           |

無回答 4

4. 病棟や病室に立ち入ったことを示す記録が保管されているか。

[評価項目とすべき理由：退院請求には、療養環境などに対する不満が含まれていることがあるため、入院患者の生活空間は実見しておくべきである]

- (1) 必要な評価項目である。 476(70.4%)
- (2) 必要のない評価項目である。 90
- (3) わからない。 86
- (4) その他の意見 17
- 無回答 7

5. 意見聴取を実施せず、書面調査のみで審査会に諮った事例の件数

[評価項目とすべき理由：頻回の請求事例では、このような審査がありうるが、あまり多い場合は対策が必要となる]

- (1) 必要な評価項目である。 549(81.2%)
- (2) 必要のない評価項目である。 59
- (3) わからない。 53
- (4) その他の意見 8
- 無回答 7

6. 意見聴取に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問には、以下のような意見があった。

・書面調査のみで終わられる基準を知りたい。

・報告書の構成項目を評価対象とすれば、(D)2-1, 2, 3については把握可能。

(D) - 3. 退院請求等の審査

1. 審査会への請求者や請求代理人（弁護士）の参加件数

[評価項目とすべき理由：審査会に入院患者や代理人、家族が参加することは、審査プロセスの透明性や情報開示を担保するう

えで意義があるという意見がある]

- (1) 必要な評価項目である。 386(57.1%)
- (2) 必要のない評価項目である。 142
- (3) わからない。 119
- (4) その他の意見 22
- 無回答 7

自由記載意見には、「東京などの都会と地方とでは違うのではないか」「参加することには確かに意義があると思うが、参加件数は必ずしもリンクしないと思う」「まだ参加事例の数よりも有無を調査する段階ではないか。参加することが適当かどうかを検討する段階ではないかと思う」「家族は入院継続を望んでいることが多いので、後出のアフターケアとの関係での意義も考える必要がある」などがあつた。

2. 審査対象者が入院している病院で審査会を開催した件数

[評価項目とすべき理由：審査会委員全員が病院に赴いて、意見聴取ののち審査するという審査形態がある。これが最も厳密な審査形態であろう]

- (1) 必要な評価項目である。 282(41.7%)
- (2) 必要のない評価項目である。 216
- (3) わからない。 131
- (4) その他の意見 37
- 無回答 10

研究班の見解への賛成意見が半数以下であつたのはこの設問だけであり、批判的な意見も多かつた。以下にそれらを抜粋する。

「理想ではあるが、現実的には不可能」

「審査形態としては最も厳密かもしれないが、現実には困難。その件数を評価尺度とすることが適当かどうか?」「これが最も厳密な審査形態だとは全く思わない。大勢で押し掛けることが患者さんにとって悪影響を及ぼすことの方が多。委員にとっても負担過多となる」「ケースにより問題となりえようが、一律に評価項目とするのは

妥当ではない」「好ましいが、審査までに時間を要すると思われる」「評価項目ではなく、現況では努力目標」

3. 退院請求等の審査に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問に対しては、以下のような意見があった。

- ・当該病院の診療機能や人権擁護の確保の程度も評価して、退院請求の背景を知る必要がある。

- ・退院請求審査に際して、家族環境や受容状況を十分に把握しているかが問題。

- ・頻回（反復的）請求事例への対応マニュアルがあれば、その内容。転院請求など、どこまでを「退院請求」と位置づけて、その手続きによって審理しているか。

- ・意見聴取から審査結果を出すまでの時間（審査は迅速性が求められる。米国大統領選におけるフロリダ州最高裁も連邦最高裁も審理はスピーディ。本来なら、任意入院者が退院制限を受けたら、即座に現地に赴き、関係者から意見聴取を行うことが必要）。

#### (D)－4. 調整機能（アフターケア）

1. 審査結果の通知とその理由は、入院患者、家族、病院の三者に別々に送付されているか。

[評価項目とすべき理由：審査結果の通知に対する当事者への配慮を推測するため]

- |                   |           |
|-------------------|-----------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 579(85.%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 47        |
| (3) わからない。        | 43        |
| (4) その他の意見        | 1         |
| 無回答               | 6         |

2. 審査請求者に対する付帯意見を述べた件数

[評価項目とすべき理由：請求者への結果説明が丁寧に行われれば、治療経過に良好な影響を及ぼし、頻繁な再請求を抑止するという意見がある]

- |                   |            |
|-------------------|------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 502(74.3%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 77         |
| (3) わからない。        | 79         |
| (4) その他の意見        | 12         |
| 無回答               | 6          |

自由記載意見には、以下のようなものがあった。「付帯意見を述べた方がいいと思うが、実際に文書で通知するとなると、どのように記載すればよいか困ることが多い」「賛成だが、件数だけの評価はいかがか？言わずもがな、おせっかい、評価点数稼ぎのための付帯意見では、何の意味もない。要は中味」「件数よりも、事例の内容を把握することが有意義と思う」

3. 退院請求を却下した場合、退院のための条件整備や処遇改善策などを当事者（請求者、病院管理者、主治医、家族など）に勧告・推奨した件数

[評価項目とすべき理由：審査結果は単純明快であるが、アフターケア的な勧告や推奨がなされれば、治療経過に良好な影響を及ぼし、頻繁な再請求を抑止できるという意見がある]

- |                   |            |
|-------------------|------------|
| (1) 必要な評価項目である。   | 492(72.8%) |
| (2) 必要のない評価項目である。 | 80         |
| (3) わからない。        | 82         |
| (4) その他の意見        | 7          |
| 無回答               | 15         |

4. 追跡調査票の有無および追跡調査の実施件数

[評価項目とすべき理由：審査結果や勧告・推奨の内容が実施されているかを確認することが必要のため]

- |                 |            |
|-----------------|------------|
| (1) 必要な評価項目である。 | 456(67.5%) |
|-----------------|------------|

- (2) 必要のない評価項目である。 88
- (3) わからない。 111
- (4) その他の意見 7
- 無回答 14

自由記載意見には、「追跡調査は審査会の権限外では?」「病院監査等で確認する方法がある」などがあつた。

5. 調整機能に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問には、「調整機能は、審査会以外の組織・方式で行われるべきである」などの意見があつた。

(E) 年次報告書

1. 合議体別の書類審査状況（前記(C)の1、2、3）、退院請求等の受理件数、取り下げ件数、請求要件消失件数、および審査件数と結果（前記(D)の1、2、3）が全審査会委員に報告されているか。

[評価項目とすべき理由：各合議体の審査状況が全委員にフィードバックされ、相互チェックされているかどうかを確認するため]

- (1) 必要な評価項目である。 588(87.0%)
- (2) 必要のない評価項目である。 44
- (3) わからない。 34
- (4) その他の意見 1
- 無回答 9

2. 月別電話相談件数と相談結果（請求受理、不受理件数とその理由など）が全審査会委員に報告されているか。

[評価項目とすべき理由：電話相談の状況が全委員にフィードバックされ、再チェックされているかどうかを確認するため]

- (1) 必要な評価項目である。 519(76.8%)
- (2) 必要のない評価項目である。 84
- (3) わからない。 58
- (4) その他の意見 3

無回答

12

3. 審査事例の一覧表が全審査委員に報告されているか。

[評価項目とすべき理由：退院請求等の審査状況を全委員にフィードバックしているかを確認するため。および、審査会委員や事務局の業務量を評価するため]

- (1) 必要な評価項目である。 498(73.7%)
- (2) 必要のない評価項目である。 92
- (3) わからない。 69
- (4) その他の意見 5
- 無回答 12

自由記載意見には、「フィードバックすることによって、各委員や合議体の判断や審査姿勢が評価あるいは批判されるようなことがあるのだとすれば、その運用によっては、各委員や合議体への圧力となりかねない危険性をはらむ。報告の内容、その取り扱われ方が明示されない限り、本問について回答しかねる」などの意見があつた。

4. 以下に前記一覧表の項目（案）を示します。不必要と思われる項目の後の（ ）に×を記入して下さい。また、追加すべき項目がありましたら、最後にご記入下さい。項目別に×の数（%）を示す。

- (1) 事例イニシャルもしくは通しナンバー 33(4.9%)
- (2) 性別・年齢 16(2.4%)
- (3) 入院中の病院名 27(4.0%)
- (4) 入院年月日 11(1.6%)
- (5) 現在の入院形態 5(0.7%)
- (6) 報告書記載の病名 5(0.7%)
- (7) 電話受付日 26(3.8%)
- (8) 請求受理日 12(1.8%)
- (9) 請求内容 5(0.7%)
- (10) 意見聴取日 10(1.5%)
- (11) 意見聴取した審査委員の種別と人数 25(3.7%)

(12)意見聴取の対象者	12(1.8%)
(13)意見聴取に要した時間	149(22.0%)
(14)審査日	12(1.8%)
(15)審査に要した時間	161(23.8%)
(16)審査結果	5(0.7%)
(17)請求が却下されなかった件数とその理由	22(3.3%)
(18)結果通知日	21(3.1%)
(19)請求者への付帯意見の有無	37(5.5%)
(20)当事者への勧告・推奨の有無	35(5.2%)
(21)追跡調査実施の有無とその結果	55(8.1%)
(22)審査事例一覧表に追加すべき項目： 保護者の続柄・年齢、何度目の請求か、 同一入院形態による請求までの入院期 間などが記載された。	

5. 年次報告書に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問には、以下のような意見があった。

・年次報告でよいかどうか？ 例えば、3ないし6ヶ月に1回、中間報告があった方が、全委員へのフィードバック、相互チェックが行き届くのではないかと？

・各都道府県における精神保健統計資料および実地指導、実地審査に関する年次報告書。

#### (F) 事務局体制

##### 1. 事務局設置場所

[評価項目とすべき理由：精神保健福祉センターに審査会事務局が移管されているかどうかを確認するため]

(1)必要な評価項目である。	487(72.0%)
(2)必要のない評価項目である。	80
(3)わからない。	87
(4)その他の意見	2

無回答 20

##### 2. 精神保健福祉センターの常勤職員数と職種構成

[評価項目とすべき理由：精神保健福祉センターの全体的キャパシティを評価するため]

(1)必要な評価項目である。	502(74.3%)
(2)必要のない評価項目である。	81
(3)わからない。	71
(4)その他の意見	3
無回答	19

##### 3. 精神医療審査会事務局専任職員（常勤ないし非常勤）の有無

[評価項目とすべき理由：審査会事務局の事務能力を評価するため]

(1)必要な評価項目である。	538(79.6%)
(2)必要のない評価項目である。	61
(3)わからない。	57
(4)その他の意見	2
無回答	18

##### 4. 審査会関連予算（費目別）

[評価項目とすべき理由：審査会活動全体を規定する重要な因子のため]

(1)必要な評価項目である。	501(74.1%)
(2)必要のない評価項目である。	72
(3)わからない。	82
(4)その他の意見	1
無回答	20

5. 事務局体制に関して、ほかに追加すべき評価項目がありましたら、お聞かせ下さい。また、全体を通して、何かご意見がありましたら、お聞かせ下さい。

この設問には、様々な意見が寄せられた。以下にその一部を紹介する。

・県職員であるため定期的な配転は仕方ないが、少なくとも1～2名は余り頻繁な配



転を行わず、5～7年のベテランがいないと困る。

・精神保健福祉センターへの審査会事務局移管に際しては、十分な常勤職員を配置すべきである。

・審査会事務局が精神保健福祉センターへ移っても、審査会には独立した司法機関としての機能が求められることはない。したがって、事務局が県の出先機関であるセンターの他の業務と一線を画しておくことが望ましい。そのため、事務局単独のスペースが確保されているか、事務局長はセンター長が兼務しているか、あるいは、他の県職員ないし外部から登用した人材か、も知りたい。

・「精神医療審査会の機能評価尺度」など全く不必要。そんなに不審がられるような事があるなら、その点を調査・指摘されたらどうか。このアンケートの趣旨がよく分からない！

・「機能評価尺度を作るため」という名目で、審査会の機能がどうあるべきかを聞いているあざとい感じのするアンケートであった。本来の機能評価は、もっと別のところにあるのではないか（強制入院の基準が本当に適切かどうかという判断など）。

・「機能評価尺度」を認識できる機会になった。精神病院の実地指導の情報とも連携をとりながら、人権擁護を共に考えて行くことが大切と思う。

・機能評価尺度として多くの項目をあげることで、それが全国的に期待されるスタンダードと認識され、審査会機能のアップにつながるものと思う。研究班の活動に期待している。

## 2. 審査会事務局運営マニュアルの作成

### (1) 事務局体制と全般的な事項

○事務局は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の改正主旨を重く受けとめ、

精神医療審査会の独立性と専門性を担保するために、専門の部または課を設置することが望ましい。

○事務局員には事務担当官の他に、精神保健指定医、精神保健福祉士、保健婦など精神保健福祉に十分経験と知識のある専任職員を配置することが望ましい。

○情報公開も念頭に入れて、全体会議事録及び定例審査会における合議体議事録を作成することが望ましい。

### (2) 入院届・定期病状報告等の審査

#### (a) 関係書類の管理

○関係書類は最終の審査日から最少5年間、保管する。なお、5年以上経過しても入院継続中の患者についてはその後も保管する。

○審査終了後、審査会委員に配布した複写書類は消却処分する。

○情報公開の範囲については、個人情報以外の情報は原則として公開の対象となるが、都道府県の公開条例に従うものとする。

#### (b) 書類審査

○合議体委員全員が全ての書類に目を通すことができるようにする。殊に入院届、定期病状報告、退院等請求に関する書類については、全委員が十分な審査を行えるよう事前に配布しておき、審査会終了後に回収する。

○合議体の数に配慮して迅速かつ十分な時間を審査に当てるようにする。審査件数が多いために審査時間が著しく短い審査会では、合議体数および合議体開催頻度を増やすよう努めることとする。

#### (c) 審査結果

○審査結果は、病院管理者へ速やかに送付し、次の同じ合議体の審査会に間に合うように回答を得ておく。

○合議体の長から要請のあるときには、事

務局員は病院管理者等に対し文書（例えば「調査事項」の送付）または実地訪問による調査を行わなければならない。さらに、関係者を審査会に呼んで審問することができる。

### （3）退院等請求

#### （a）電話による請求の取り扱い

○専用電話を設置する。24時間体制で対応できることが望ましい。

○原則として、精神保健福祉に関する知識と経験のある職員が対応する。

○丁寧に対応し、相談内容を把握するよう努力する。電話相談者が請求者本人ではない場合や本人でも匿名の場合には、退院等の請求であることを確認した上で、退院等の請求に関わる審査は個人として同定できる本人の請求を前提にすることを説明して、本人に電話口に出てもらうか名前を名乗ってもらうようにする。

○電話で退院等請求を受理した場合でも、できるだけ請求書の提出を求める。

○頻回利用者に対しても丁寧に対応し、退院等請求であるならば通常の請求のように処理し、請求を却下した審査結果を回答した後の1ヶ月以内であれば審査結果を繰り返し伝え、相談電話に切り替える。

○相談内容に基づいて分類する。

#### ①退院の相談

#### ②処遇改善の相談

ア) 法に触れる人権侵害要件

イ) その他の処遇改善要求

#### ③退院・処遇改善の区別のつかない相談

#### ④その他の相談

○電話相談に関する事項を電話相談記録票に記録する。

○退院等の意思確認後に、保護者の意見を文書で求める。

#### （b）退院等に関する請求書の取り扱い

○請求書の届き次第、本人に電話で退院等の意思確認を行う。

○その後の手続は電話と同じ。

#### （c）退院等の請求審査

○退院等の請求を電話又は書面で受理してから72時間以内に合議体の長に報告する。

なお、受理することに疑義のあるときには審査会会長に報告して受理について指示を仰ぐ。

○退院等請求確認後、2週間以内に医療委員及び非医療委員の2名以上とともに意見聴取を行う。直近の審査会開催日までに意見聴取を終えることが望ましい。

○意見聴取で重大な人権上の問題が存在するときには、意見を聴取した委員は速やかにその旨を合議体の長に伝え、長は会長と協議の上、臨時の合議体もしくは審査会総会を招集する。臨時の審査会開催が不都合などときには秘密保持に十分留意して電話等で意見を求めてもよい。また、重大な人権侵害に該当すると思われる事態が、退院等を請求する患者以外の者に生じていることを知り得た場合にも速やかにその旨を合議体の長に伝える。

○患者の請求に応じて入院形態の変更・処遇改善・退院指示等の審査結果がでたときには、進捗状況を次回の審査会で報告する。審査結果に病院管理者が応じていないときには、その理由を病院管理者から聴取する。

### （4）年間報告書

#### （a）病院別・入院形態別審査件数

①措置入院（入院届、定期病状報告）

②医療保護入院（入院届、定期病状報告）

③任意入院（医療保護入院あるいは措置入院に変更した数）

④入院形態別入院率・在院期間

⑤移送患者数、移送後の入院期間

⑥調査を要した審査件数とその概要

### ⑦病院の実地審査日と結果

#### (b) 病院別・入院形態別退院等請求件数

- ①患者イニシャル（年齢、性別）
- ②入院形態
- ③請求内容と請求年月日
- ④事情聴取年月日と調査者
- ⑤審査年月日
- ⑥審査結果（請求の認められた場合の理由を含む）
- ⑦審査後の状況（審査結果通知日、審査後状況の確認日を含む）
- ⑧電話相談一覧表

#### (c) 病院別状況

- ①病床数（閉鎖・開放病床数、隔離室数を含む）
- ②指定医、医師、看護婦などの職員数
- ③入院形態別の年間入院件数

#### (d) 実地指導・実地審査の状況

- ①実地指導の内容一覧
- ②実地審査の結果一覧

### (5) 審査会総会

○年1回以上の審査会委員全員と事務局が出席する総会の事務を取り扱う。

○総会においては年間報告書に基づいて年間の活動を報告し、審査会委員の意見を求める。

○審査会全体では検討を要する問題が生じたときには事務局は審査会会長と相談して臨時に総会を開催することができる。

### (6) 審査会についての広報普及

○精神医療審査会、退院等請求について、適切な情報と知識が普及するよう努力する。

○精神医療審査会が適切に運営されるよう関係諸機関との適切な連携に努める。

## 3. 審査会制度の海外比較

### (1) イギリスの制度

日本の精神医療審査会の性格を知る意味でも、イギリスに存在するMental Health Review Tribunals（精神保健審判所）とMental Health Act Commission（精神保健法委員会）の2種類の組織の違いを知ることには有意義であろう。前者が強制入院の是非を審査すること主な目的としているのに比べて、後者は病院訪問を行い強制入院中の患者の面接やインフォームドコンセントが取れない患者の治療に関するセカンドオピニオンを提示する機能を有している。後者には看護婦（士）、ソーシャルワーカー、臨床心理士の代表なども参加している。わが国の審査会には、TribunalsとCommissionの両方の機能が混在している。

### (2) フランスの制度

フランスには日本の精神医療審査会に対応するものとして県委員会（commission departementale）がある。その構成メンバーとしては、精神科医2人、司法関係者1人、精神障害者の家族を代表する期間の代表者1人である。さらにフランスの県委員会は病院へ訪問する機会を日常茶飯事に持っている。日本の精神医療審査会が退院等の請求なしに病院訪問を行うことがないのと対照的である。

日本では、実地指導、実地審査の際に病院への立ち入り調査が行われるが、フランスでは即時退院を命じることなど強制的な対応の権利を持って県委員会が訪問を行っている。フランス県委員会は患者の同意のない入院が行われる施設には定期的に訪問している。そして訪問の際には、基本的人権が守られているか調査している。ただし、県委員会の訪問回数は法律上は規定はなく、県によって訪問回数は異なっていることが予想できる。

### (3) 審査会制度に対する日仏の精神科医の意見

1999年6月に501名（238名回答）のフランスの精神科医に、京都大学公衆衛生学教室がアンケート調査した結果では、現行の県委員会の改革を行うとすればどこに着手すべきかという質問には、多少の変更項目に比べて圧倒的に多くの人々が、訪問回数を増やすべきだとの意見を示した（132名/237名）。

このほか医師メンバーの数を増す68名、法律関係者の数を増す37名、家族の代表者の数を増す38名、看護婦の代表をメンバーに加える68名、心理学者の代表をメンバーに加える29名、ソーシャルワーカーの代表をメンバーに加える30名、市民の代表をメンバーに加える38名、県委員会の監視機構を作る30名であった。

これはすなわち、県委員会の構成メンバーはほぼ十分であり、訪問の回数を増やすことでより十分の機能が示されるようになるとの考えがあるからであろう。

ただしフランスの県委員会によって、予告無しの訪問は行われている様子はない。予告無しの訪問は、知事（あるいは代理人）、裁判所の所長（あるいは代理人）、自治体長（あるいはその代理人）によって半年に一度、あるいは共和国検事により四半期に一度、予告無しに訪問される。しかし、これは入院中の処遇の調査であり強制退院を命ずる種類の訪問ではない。この際の調査内容は、同意無しに入院した患者が十分の人権上の権利を行使しているかどうかという内容である。

先のアンケートで、フランスの県委員会の機能の仕方と仕事の枠に不満のないフランスの精神科医は46.2%であったが、対照的にアンケートを行った日本の精神科医（501名中219名回答）では18.0%であった。

「枠組みは十分良いが機能は不十分」という選択肢は、フランス28.8%に対して日本17.0%、「枠組みに不満があるがその中では良く機能している」との選択肢は、フランス20.3%、日本43.0%。「枠組みも良くないし、機能も不十分」という選択肢は、フランス4.7%日本20.6%という選択率だった。

ただし、ではどのように改善するかという質問には、フランスのように訪問回数を増やせばよいというような明確な改善方針は日本の精神科医の回答には尙えず、改善の方向性が日本では未だ模索中であることが伺える。

### (4) イギリス型の委員会権限に対する日仏の精神科医の意見

このアンケートでは、イギリス型の委員会機能を日本の精神医療審査会とフランスの県委員会に持ち込む可能性についても問うた。例えばイギリスの委員会のように、3ヶ月をこえる強制入院中の患者の薬物療法に患者からインフォームドコンセントが取れるかどうかを基準として、薬物療法の継続の是非にまで介入することについては、日仏それぞれ全く同様に、「不必要」という意見、「このような介入は正しくない」という意見の合計の方が、「治療構造を振り返る良い機会だ」という意見よりもやや多く、戸惑いを含んだ回答が多かった。

周知のように、イギリスではインフォームドコンセントが取れない場合セカンドオピニオンを提示しうる医師が委員会から派遣される。この医師の命令に主治医がどの程度反抗することができるのか、あるいはどの程度異議を申し立てられるのか、という点に疑問の多くは集約できた。主治医とセカンドオピニオンを提示する医師の間でいかなる議論が交換できるのか、意見の調停は誰がどのように行いうるのか、このような点についての制度が、納得の行く形で