

care. Research clearly indicates that it is in those circumstances that mental illness becomes related to violence which, when it occurs, helps create a negative image of mental patients in general and increases their stigmatization. Community-treatment orders, he emphasized, are usually drafted with sensibility about protection of the human rights of the patient while at the same time striking a fair balance with the need for social protection. In addition, these laws provide for community treatment in accordance with concepts of "least restrictive alternative" which, in turn, decreases hospitalizations and prevents criminalization and the transfer of patients to jails and prisons. At another level of discourse, he indicated, these laws oblige the state to provide treatment instead of abnegating its obligations under a pernicious philosophy of all-out autonomy and individuality. Such philosophy is tantamount to allowing individuals the exercise of "negative freedoms" from which they, and society, are the net losers. The state has an obligation to protect and to provide those in need for as long as their individual rights, including the right to treatment, are given the proper weight and consideration.

Finally, in regard to mental health economics, Professor Arboleda-Flórez indicated that, in line with information contained in documents such as the WHO World Health Report and the USA Surgeon General Report of 1999 outlining the burden of disease ascribed to mental conditions, mental health has become an issue of major importance and of urgency for many governments worldwide. Thus, at the macroeconomic levels of health budgets a push is discernible to make governments and ministries of health dedicate allotments to mental health care proportional to their burden of disease in the population. At a microeconomic level, such realization is also obliging health care organizations to give parity to mental illness and to provide proper benefits for their treatment within their health plans. All of these changes, Professor Arboleda-Flórez indicated, have to be implemented against a backdrop of readjustment in health budgets in countries with universal state-supported health systems, as a result of factors that are overrunning health costs worldwide. These factors include demographic changes with an increase of elderly persons and life-long disability mental conditions, increases in the costs of technology and miracle drugs, and a redefinition of social health whose costs tend to be transferred from other ministries to the health portfolios. Those three factors are in fact very important to mental health care because, in order, the increase of the elderly has also increased the number of dementia cases and persons with schizophrenia sometimes become life-long disabled, new psychiatric medications are extremely expensive, and we know much more about the determinants of mental illness hence promotion and prevention strategies have to be added to the cost of health in many countries. Professor Arboleda-Flórez concluded with a plea to take a global view of mental health issue from a patient and a population perspective in ethics, legislation and economics.

The afternoon sessions were chaired by Professor Norman Sartorius, the Council Member of the World Psychiatric Association, and commented by Professor Yoshiyuki Nakane. Professor Sartorius also made an illustrative on matters of social mental health policies and stigma issues using a series of interlocking Venn diagrams. Dr. Yasuichiro Yusa presented for the group from the Hasegawa Hospital on Socio-Ethical Considerations of Psychiatric Inpatient Treatment in Japan. In addition Dr. Keisuke Ebata presented on behalf of his group on Cultural Perspective of Family's Consent to Admission, and Professor Arboleda-Flórez spoke on Psychiatric Research Ethics. Copies of these presentations are being made available to the office of Professor Suzuki.

日本の精神医療とリハビリテーション:精神医療の倫理の国際標準化の視点に立って
長谷川病院 長谷川美紀子・遊佐安一郎

本研究班の研究課題のひとつとして、日本の入院治療形態について考察するという課題を鈴木班長からいただいた。精神医療の倫理の国際標準化を、模索しての討論、ワークショップを通して、この課題は二つの倫理的視点から考慮することができる。一つは日本の入院中心型の精神医療の倫理的考察であり、もうひとつは、倫理の国際標準化を目指す観点から、個々の国家、社会、地域での精神医療に関する問題に対して、どのように倫理的に関わることが可能かについての倫理的考察である。

I. 日本精神医療の倫理的考察

日本の精神医療の特徴：長期収容型精神医療

日本の精神医療は入院中心治療がその大きな特徴である。他の先進国と比べて、人口比で、2倍から5倍以上の精神科病床数を持つ。歴史的には1960年から90年にかけて、精神科病少数が3倍に増加し、その後横ばい状態である。先進国の中で、人口比での精神科入院病床数は極端に特出している。更に、日本以外の先進国では病床数は現在でも減少傾向にあるが、日本のみが例外で、横ばい状態である。

また、入院患者の平均入院日数は1990年以降徐々に減少してきてはいるが、2000年でも350日を越えている。これは米国の15日、英国の20日と比べて異常に長い入院だといわれても仕方がない。しかし、ここで留意すべきことは、日本は全入院患者の入院日数の平均を平均入院日数としているのに対し、欧米諸国は残留率とでも呼ぶべき、退院患者の入院した日数の平均を平均入院日数として計算しているようだという点である。国際共通の判断基準を明確にして、同じ物差しで現状分析を行わなければ、誤解を招く危険性がある。

本研究班の竹島らは入院残留率を精神保健モニタリングの指標に加えており、欧米とのより適切な比較を可能にしている。日本の残留率が50%になるのは60日程度で、平均入院日数として提出されている350+日と比べると非常に少ない。しかし、それでも、欧米諸国と比べると、非常に長い。1988年の精神保健法改正で謳われた収容型精神科治療の脱皮はまだ達成されていない。

日本の収容型精神医療の問題点

この収容型の精神医療は、全日本精神障害者家族連盟(全家連)が1998年の批判の対象にもなっている。全家連は施設化と臨床的貧困が日本の精神医療の問題だと指摘している。入院は患者の自由を制限し、自律と生活の質を犠牲にする。日本のように入院が長期にわたると、刺激の少ない入院生活のために患者が自分の治療、生活に対するモチベーショ

ンが低下してしまい、臨床的貧困と呼ばれる状態になり、そのためにさらに入院が長くなってしまふ。その上、地域での適切なリハビリテーションプログラムが非常に限られているために、現在入院している患者 40%が社会的入院とさえいわれている。従って日本の精神医療を改善し、リハビリテーションを充実させれば、現在の入院患者数を半数以下にすることが可能であり、それは、患者の治療と生活の質を向上させるためにも有意義である。

日本の精神医療の問題点

このような問題が日本で継続する理由としていくつかの問題が考えられる。

(1) 精神化入院病床の機能が未分化：精神化特例が継続され、一律48：1の医師配置新規入院患者の在留率は低下してきていて、90%が一年以内に退院しているにもかかわらず、平均入院日数は300日を越していることから、入院患者層に、新規入院の早期退院型と社会的入院も含む長期入院型の二つのグループがあると考えられる。これは急性期治療、回復期でのリハビリテーション、そして、慢性化してしまった患者への支援システムなどの機能の分化が適切に行われていないことによると考えられる。

過去 10 数年に渡り、度重なる精神保健福祉法の改定が行われているが、精神科特例は依然として継続されている。リハビリテーションプログラムは徐々に作られ始めているものの、地域での精神医療に必要な、短期の急性期精神医療システムの不備も顕著である。とくに、日本の入院精神医療の大多数を担う私立病院の機能分化はほとんど手をつけられていない。日本の入院精神医療の改善は私立病院の機能分化なくしては困難である。

(2) 精神科教育の問題

日本の精神科医の教育は文部省の元で、医学部で行われる。しかし、実際の精神科医療サービスの大半は厚生労働省の元で、私立精神病院で行われている。実際の医療サービスの効果的教育研修をするためには私立病院と医学部のよりしっかりとした連携が必要である。

(3) 地域でのリハビリテーションプログラムの不備

グループホーム、援護寮などの住居プログラム、地域での生活支援センター、作業所などのリハビリテーションプログラムは徐々に作られてきている、個々の患者のニーズにあったプログラムを確保するためのケースマネジメントは、未だ、福祉的側面が中心で、治療と福祉の統合が不十分である。また、地域で生活する患者が増えれば、その分だけ24時間オープンでの救急入院体制、介入体制が必要になる。退院後9ヶ月で約25%の再発率が見込まれるという報告もあるが、それに見合った急性期治療プログラムは(1)で論じられたように不十分である。

(4) コメディカルの資格と教育と役割が不明瞭

入院治療とリハビリテーションを進めるためには、看護、心理、ソーシャルワーカーなど、日本ではコメディカルと呼ばれる他職種の連携が重要であるが、看護と作業療法士以外の職種の資格が不明瞭であり、医療経済政策から取り残され、精神保健サービスの経営の視点から、そのサービスの活用が困難である。それだけに、それらのコメディカルの教育と役割も不明瞭である。

II. 精神医療の倫理の国際標準化を目指す観点からの考察

日本は精神医療改革において、非常に重要な局面にあると考えられる。このような一国家の問題に対して、WPA などの国際的精神医療機構の、倫理の国際標準化に関する役割はどのようなものであるべきなのだろう。

ハワイ宣言とマドリッド宣言

WPA はこれまで、ハワイ宣言で、当時のソ連などを想定し、精神医学を政治的人権侵害のために乱用することを阻止する立場を明確にした。これは WPA が組織として、いくつかの国家の隠蔽された政策に対する警鐘であり、いわば、マクロ倫理 (Macro-Ethics) 的視点から、Principle of Minimal Harm に基づいての宣言であった。次のマドリッド宣言では、病者に対して Principle of Maximum Benefit に基づいて、個々の会員の意識を喚起している。これはいわばミクロ倫理 (Micro-Ethics) 的観点からの宣言である。このように過去の WPA の宣言を理解すると、WPA での進化の次の段階は、Principle of Maximum Benefit に基づいてのマクロ倫理的視点からの宣言であろう。この立場からの宣言は、精神医療の質を向上できるかどうかの瀬戸際にある日本の精神医療改革を考慮に入れることは適切だと考えられる。

横浜宣言

精神医療の倫理の国際標準化を目指す観点から考えると、2002年8月に行われる WPA 横浜大会で、過去に行われたハワイ宣言、マドリッド宣言と同様に、そして、それらの進化を踏まえて、横浜宣言に相当するものを模索することは、それ自体、国際標準化の一つの重要なステップになるのではないだろうか。勿論、WPA のような国際学会が、各国の、精神医療の進歩のために積極的に働きかけることは、各国の内政に干渉することになってしまうリスクも含まれる。しかし、ハワイ宣言も内政干渉の危険をもっていたはずである。勿論、精神医療の改善のために、各国の文化、社会、経済的背景を無視することは倫理的に許されないことである。そのような、倫理的なジレンマを踏まえて、それでもなお、精神医療の倫理は、われわれ治療従事者が、治療を受ける患者の人権、治療的進歩、生活の質など、患者への恩恵を増加し、損害を最小限に食い止めることがその基礎にあると考えると、現在の日本、そして、将来その他、転換期に直面している各国の精神医療の改善に全世界の精神医療従事者が協力して支援する可能性を増やすような働きかけが倫理

的に求められているのではないだろうか。その具現化の題一步として、横浜宣言、またはそれに相当するものを真剣に考える必要があるのではないだろうか。

「日本における医療保護入院制度の文化的基盤」

江畑敬介（江畑クリニック、東京精神医学総合研究所）

精神医療の倫理的に関してはマドリド宣言がある。それによれば、患者に自傷他害の恐れがない限り、いかなる医療も患者の意思に反して行われてはならない。患者が自ら入院について判断できる能力を失っている時には、入院のためには法的手続きをとらなければならないとしている。

しかし医療保護入院制度は我が国に独自の制度であり、患者本人の同意がなくても家族の同意によって入院させることができる。その制度は、我が国の文化的基盤に基づいてのものであると考えられる。このことを明らかにするために、まず我が国における医療入院制度の歴史的淵源を簡単に述べる。

1900年に精神病患者監護法が制定された。この法律によって、後見人、配偶者、親権者、戸主、4親等内の親族中より親族会の選任したる者は、精神病患者を監護する義務を負うこととされた。

1945年に日本が第二次世界大戦に敗戦してから、占領軍は我が国の家族主義が軍国主義の母体になっているとして、民法を家族主義から個人主義に基づくものへと改正した。まだ占領時下にあった1950年に、精神病患者監護法は精神衛生法へと改正された。しかし、家族の同意による入院制度は、その改正の中でも生き残った。精神衛生法では、家族の一人が保護義務者に選任されることになった。保護義務者は、後見人、配偶者、親権者、家庭裁判者より選任された者である。保護義務者の義務は次の5つであった。

- (1) 精神障害者に治療を受けさせること
- (2) 精神障害者が自傷他害に及ばないように防ぐこと
- (3) 精神障害者の財産を保護すること
- (4) 医師の診察に協力すること
- (5) 医師の治療の指示に従うこと

この1950年の精神衛生法では3種類の入院制度がある。第1は、自傷他害の恐れのある精神障害者に対する措置入院制度である。第2は、家族同意入院制度であり、患者本人の同意がなくても保護義務者の同意があれば入院させることができる。第3は、仮入院制度であり、精神障害の疑いのある人をその診断を確定するために短期間入院させるものである。この時には、任意入院制度が制定されなかったことは注目に値する。

1988年に精神衛生法が大々的に改正された。この時初めて任意入院制度が導入された。しかし、この改正の際にも、家族の同意による入院制度は医療保護入院と名前は変わったが、実体としては残った。

次に我が国においては、入院制度の利用のされ方を時代の推移を追ってみると、最も頻繁に利用されている入院制度は任意入院制度である。1990年には、任意入院制度は52.9%利用されていたが、その後漸増し1999年には70.1%となっている。第2に利用されている入院制度は医療保護入院である。その利用率は1990年には39.9%であったが、その後漸減し1999年には27.5%となった。措置入院の利用率は1990年には僅かに0.3%であり、その後若干増えるが1999年にも1.0%に過ぎない。すなわち家族の同意による入院は任意入院の利用率より少ないが、なお、全入院のうちの4分の1以上を占

めている。

次に、このように任意入院制度について利用率の高い医療保護入院制度が存続している理由について、我が国の文化的側面から述べる。

我が国は敗戦後、民法改正などによって人々の生活や意識が欧米化したとは言え、なお家族主義的伝統が残っていると思われる。それは、次のようないろいろな社会的指標に現われている。離婚率は欧米に比べて非常に低い。また配偶者に満足しない時には離婚するかどうかの質問に対して、「離婚する」と答えた者は日本と韓国では、欧米諸国よりも少なく僅か 17～18%しかいなかった。

子供と同居している高齢者は減少して来たが 1994 年にはなお 55.3%あり、それら欧米諸国と比べると非常に多い。また、既婚女性の 30%は、高齢の両親の世話をするのは義務であると考えている。またその 18%はそれが良い習慣であると考えている。大家族所帯は減少し 20%以下になり、高齢の親だけの所帯が増えている。しかし、彼らの子供の約半数は、親の所帯から 1 時間以内の所に住んでいる。

以上のように、家族主義的伝統がまだ残っているところでは、家族の同意に基づく入院制度は文化的に許容されるものである。またその入院制度は、自傷他害の恐れはないが、入院治療が必要なほど重篤な精神疾患がある家族成員を入院させることができる。そのことが我が国にホームレス精神障害者が少ない要因の一つではないかと考えられる。

しかし、我が国においても、医療保護入院制度に対する反対の意見もある。その第一は、患者の自律性に反するとする意見である。第二は、退院して家に戻った患者が、家族によって入院させられたことを不満に思っ、いろいろな問題行動を起こす場合があることである。第三は、家族が退院に反対した場合には患者を家族のもとへ退院させることが困難になることである。

以上述べたように、家族の同意による入院制度は、医療倫理と文化と精神医療の接点に位置する複雑な問題を提起しているため、今後より多くの議論が必要である。

厚生科学研究 精神医学における倫理・社会的問題に関する研究班
分担研究「精神医学における司法と医療の関与のあり方についての国際比較研究」
分担研究員 筑波大学社会医学系精神衛生学 中谷陽二

研究概要：触法精神障害者に対する処遇の指針となる実証的研究は乏しく、とくに刑事精神鑑定の実態は明かでない。本年度は国際比較の前段階として我が国の刑事精神鑑定の実態を調査し、問題点を考察した。研究方法：「精神鑑定のあり方に関するアンケート」を作成し、日本精神神経学会会員から無作為に抽出した 2000 名に配布し、753 名から回答が得られた（回収率 37.7 %、平均 年令 50.3 歳、職種は医師 736 名、97.7 %、医師以外・無回答 17 名、1.6 %。鑑定 について回答者の大多数が関心を示し、43.8 %が鑑定のあり方を改善すべきであると答えた。鑑定を行うべき人については 44.8 %が「司法精神医学の専門家」、24.8 %は「できるだけ多くの医師」と答えた。仮に鑑定を依頼された場合の対応として、44.7 %が、原則的に、もしくは内容により、引き受けると答えたのに対し、43.4 %は「引き受けない」と答えた。とくに多くあげられた「引き受けない理由」は、「手間がかかる」「専門家でない」「方法がわからない」であった。鑑定経験は 60 %が未経験者である一方、頻回の経験者が数%存在した。鑑定助手経験をもたない人は 58.4 %と多数を占め、卒後研修でまったく鑑定を学ばなかった人は 42.3 % を占めた。鑑定助手経験をもつ群はもたない群に比べ鑑定経験数が有意に多かった。鑑定助手経験をもつ群はもたない群および卒後研修で教わった群は、有意に年齢が高かった。鑑定を辞退する傾向は臨床経験 5 年未満で高かったが、それ以上の年齢はほぼ横這いであった。仮に鑑定を依頼された場合に引き受けると答えた人は、大学>国公立病院>民間病院>その他>診療所、の順に多かった。地域別に見ると、関東>近畿>中部>九州>中国・四国>北海道・東北の順に簡易鑑定経験数が多かった。以上の結果から、鑑定への関心は高く、何らかの改善の必要性が認識されているが、みずからが鑑定に携わることについては消極的であるという一般的傾向が見出された。この消極的態度は卒後早期の研修で鑑定を知る機会が乏しいことと関連しており、卒後研修に系統的に組み入れる必要性を示している。簡易鑑定の施行については地域差が明かであり、地方検察庁の方式を反映していると考えられる。

A. 研究目的

精神科医療が開放化に向かい、患者の自己決定権がより尊重されるに従って、医療と司法の間でさまざまな問題が生じている。とくに触法歴をもつ精神障害者に関しては早急な対策を求める意見がある。しかし触法精神障害者に対する適切な処遇の指針となる実証的研究は乏しく、刑事精神鑑定および精神保健福祉法に基づく措置入院について、責任能力判定、危険性予測、強制治療要件、対象患者の人権保護などに関して解決すべき問題が多く残されている。本研

究は精神科医療と司法の関係のあり方について現状の把握に立って制度改革の資料を提供することを目的とする。本年度は刑事精神鑑定の実態を調査し、問題点を考察した。

B. 方法

別紙のように「精神鑑定のあり方に関するアンケート」を作成した。日本精神神経学会会員名簿（平成 11 年）から所属地区に均等な割合で無作為に抽出した 2000 名に配布し、郵送による回答を求めた。「精神

鑑定」は刑事精神鑑定に限った。すなわち、刑事事件の被疑者・被告人について精神状態、責任能力などについて診断を行うもので、捜査段階で検察官の嘱託によって行われる精神鑑定(いわゆる起訴前鑑定)、検察官の依頼により短時日で診断を行う簡易鑑定、公判で裁判官の委託によって行われる精神鑑定を指すものとした。

精神鑑定(以下、鑑定)を経験したことのない人、医師以外の人からも意見を得られるように文面を工夫した。

(倫理面への配慮)

アンケートへの回答を依頼するにあたり、結果を研究発表以外の目的に使用しないこと、回答者の氏名と所属を公表しないことを明記した。

C. 結果

(1) 回答数

753名から回答が得られた(回収率 37.7%)。平均年齢: 50.3歳(SD=13.3)、職種は、医師 736名(97.7%)、医師以外 12名(1.6%)、無回答 5名(0.7%)。

(2) 鑑定への関心度(図 1)

「非常に関心がある」、「多少関心がある」を合わせて 85.8%で、回答者の大多数が関心を示した。

(3) 鑑定の改善の必要性(図 2)

12.4%が「現状でよい」と答えたのに対し、43.8%が「改善すべきである」と答えた。

(4) 誰が鑑定を行うべきか(図 3)

44.8%が「司法精神医学の専門家」と答えたのに対し、24.8%は「できるだけ多くの医師」と答えた。

(5) 仮に鑑定を依頼された場合の対応

44.7%が、原則的に、もしくは内容により、「引き受ける」と答えたのに対し、43.4%は「引き受けない」と答えた。

(5) 引き受けない理由(複数回答)

とくに多くあげられた理由は、「手間がかかる」(29.6%)、「専門家でない」(28.8%)、「方法がわからない」(15.2%)であ

った。

(6) 鑑定経験

いわゆる本鑑定(起訴前鑑定を含む)と簡易鑑定に分けて調査した。

本鑑定経験(図 6): 60%が未経験者で、10件以内の少い経験者を含めると 92%と大多数を占めた。それに対して、36件以上の多数経験者が計 4%存在した。簡易鑑定経験(図 7)もほぼ同じ傾向を示した。

(7) 教育、研修の経験

鑑定助手経験(図 8)は、「あり」の 37.6%に対して、「なし」が 58.4%と多数であった。

卒前教育で鑑定について教わった経験をもつ人の 10.1%に対して、経験のない人は 73.2%にのぼった。

卒後研修で何らかのかたちで鑑定を学んだ経験をもつ人は計 52.6%、まったく経験がない人は 42.3%であった。

調査項目間のクロス集計を行い、統計解析を行った。以下、統計的に有意な相関が認められたものを記す(危険率は 0.1%)。

(8) 鑑定助手経験をもつ群は、もたない群に較べ、本鑑定経験数、簡易鑑定経験数のいずれについても有意に多かった。

(Mann-Whitney 検定)。

(9) 鑑定助手経験をもつ群は、もたない群に較べ、有意に年齢が高かった。助手経験あり: 平均 53.5歳(SD=13.7)、助手経験なし: 平均 48.9歳(SD=12.9)。(一元配置の分散分析)。

(10) 卒後研修で何かしら教わった群は、何も教わっていない群に較べて、年齢が有意に高かった。何かしら教わった: 平均 51.9歳(SD=13.5)、何も教わっていない: 平均 48.2歳(SD=12.8)。(一元配置の分散分析)。

(11) 臨床経験年数と鑑定を辞退する傾向に有意な相関が認められ、5年未満で高かったが、それ以上の年齢はほぼ横這いであった。

(12) 主な勤め先と「仮に精神鑑定を依頼された場合に引き受けるか」に有意な相関が

認められ、引き受けると答えた人は、大学＞国公立病院＞民間病院＞その他＞診療所、の順に多かった。(図 13)。(カイ 2 乗検定)。

(13) 年齢と簡易鑑定経験数との間に有意な相関が認められたが、本鑑定経験数との間には認められなかった。(一元配置の分散分析)。

(14) 学会所属地区と簡易鑑定経験数との間に有意な相関が認められ、関東＞近畿＞中部＞九州＞中国・四国＞北海道・東北の順に多かった。(図 14)。(Kruskal Wallis 検定)。

(15) 鑑定助手経験をもつ群は、もたない群に比べ、鑑定依頼を辞退する傾向が有意に低かった。(カイ二乗検定)。

(16) 鑑定助手経験と学会所属地区との間に有意な相関が認められ、近畿＞中国・四国＞九州＞関東＞中部＞北海道・東北の順で助手経験を有する人の割合が高かった。(カイ二乗検定)。

D. 考察

昨今、刑事事件での精神鑑定が社会的関心を集め、司法界から精神医学に向けられる期待も高まっている。それとともに、精神鑑定のあり方に関して、鑑定人の不足、選任の偏り、診断の不一致など、さまざまな問題点が指摘されている。精神医療従事者を対象としたアンケート結果の分析から、鑑定の現状の一端が明らかになった。

回答者の大多数が関心を示すとともに、現状のあり方で問題ないと答えた人は少なく、何らかの改善の必要性が広く認識されている。しかしその反面、回答者みずから鑑定に携わるかについては、むしろ消極的な傾向が見出される。鑑定の委託を辞退する理由としては、手間がかかる、専門的知識をもたない、という技術的問題が多くあげられた。また鑑定経験をまったくもたない回答者が 6 割にのぼり、他方で、人数は少ないが、非常に多数の経験をもつ人が存在していた。以上から、鑑定の重要性は

認識しているが、みずから行うことには消極的であるというのが一般的な態度であると言える。

このような傾向と関連すると思われるのは、卒後早期の研修経験の有無である。卒後研修で鑑定についてまったく学習しなかった人が 4 割強、鑑定助手経験をもたない人が 6 割弱を占めた。鑑定助手を経験しなかった人ほど、後に鑑定をみずから引き受ける傾向が低くなっている。これは卒後早期の経験の重要性を示している。卒後研修を中心的に担う大学の勤務者は、他の施設の勤務者に比べて鑑定依頼をより引き受ける人の割合は高いが、それでも 7 割にとどまっている。卒後研修に鑑定をより多く取り入れるべきだと答えた人が 7 割近くにのぼり、早期に学習する機会の乏しさが認識されている。卒後研修での学習、鑑定助手経験をもたない人はより低年齢であり、近年とくに卒後研修で学ぶ機会が減少していることを推測させる。鑑定依頼を辞退する人の割合は、卒後まもない若年層、第一線から退いた高年齢に多く、卒後 10 年から 30 年の医療を中核で担う層では低くなるのが予想される。ところが、この年代では必ずしも低くなく、30 年以上の人とほとんど変わらない結果であった。この傾向は、精神科の臨床活動の中で鑑定がもつウエイトが相対的に低いことを推測させる。

地域別の比較では、簡易鑑定経験に明かな地域差が認められ、関東、近畿、中部という大都市をもつ地域で高く、北海道・東北でもっとも低かった。簡易鑑定は地方検察庁ごとに実施されているので、この差は主に各検察庁の方式に規定されていると考えられる。

E. 結論

S 鑑定の重要性は感じているが、みずから引き受けることについては消極的である傾向が広く見出された。これは卒後研修で鑑定について学習、体験する機会をもたな

ったために専門的知識が乏しいことと関連しており、卒後研修に組み入れる必要性を示している。次年度にさらに詳細な調査と分析を行いたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 田口寿子、菊地道子、中谷陽二：妄想型うつ病の女性による子殺しの一鑑定例。法と精神科臨床 3:74-81, 2000

2) Nakatani Y: Psychiatry and the law in Japan. History and current topics. International Journal of Law and Mental Health 23:589-604,2000

3) 中谷陽二：司法精神医学と倫理。中根允文、松下正明編、臨床精神医学講座 S12、213-227, 中山書店、東京、2000.

4) 中谷陽二：精神分裂病圏の事例。中田修、小田晋、影山任佐、石井利文編、精神鑑定事例集、日本評論社、東京、2,000

2. 学会発表

1) Nakatani Y: The debate on the management of mentally ill offenders in Japan. International Congress on Law & Mental Health, 2000.7.14, Siena.

2) 末次幸子、中谷陽二：有機溶剤吸引者による強姦の1鑑定例—意識変容の特徴について—。第37回日本犯罪学会総会、2000.11.25、東京。

3) 中谷陽二：精神病患者監護法はなぜ制定されたか。第4回精神医学史学会、2000.10.28、つくば市。

4) 本間久美子、小島秀悟、森田展彰、佐藤親次、中谷陽二：精神障害者をケアする家族の精神病理—実子殺人未遂の鑑定事例を通して—。第21回日本社会精神医学会、2001.3.8、高知。

5) 陶山満雄、五十嵐禎人、井上幸代、中

川誠秀、田口寿子、中谷陽二、風祭元：人格障害と精神鑑定—操作的診断基準導入前の事例から—。第21回日本社会精神医学会、2001.3.8、高知。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

厚生科学研究 精神医学における倫理・社会的問題に関する研究班
分担研究「老年痴呆者の在宅と施設療養における倫理的問題」
分担研究員 慶成会老年学研究所主任研究員 斎藤正彦

概要 在宅介護支援センターを対象にアンケート調査を行い、介護保険サービス利用における契約のあり方について、福祉現場での意識を調査した。同時に、主婦、看護師、介護職のグループで、各々、この問題についてグループディスカッションを行った。福祉現場では、意思能力を欠く痴呆性高齢者の介護保険利用契約に関して、特に外出制限を伴う施設入居に際しては、何らかの法的手続きが必要であるとする回答が、同居家族がいるという想定で42%、扶養義務のある家族が同居していないという想定で53%、扶養義務者がいない単身者という想定では73%に上った。主婦のディスカッショングループでは、意思能力を欠く痴呆性高齢者の契約のあり方に関する問題意識がほとんどなかった。

A. 始めに

昨年度、この分担研究班では、痴呆性高齢者の意思能力の判定、居所指定を伴う施設入居手続き、終末期医療に関する意思決定の三つのテーマについて、既存の資料、文献等によって現状の分析を行い、制度的な備えが不十分であることを指摘した。本年度は、意思能力に欠陥のある痴呆性高齢者が、施設入居を含む介護保険下のサービスを利用する場合の契約のあり方について、一般市民や実際に介護契約に携わる職員の意識を調査した。

B. 方法

①在宅介護支援センターに対するアンケート調査

全国の在宅介護支援センターの中から、無作為に抽出した500箇所のセンターに、意思能力に欠陥のある痴呆性高齢者の介護サービス契約に関するアンケート調査をおこなった。アンケートでは、家族が同居している場合、同居はしていないが扶養義務のある家族がいる場合、単身者の場合に分けて、意思能力に欠陥のある高齢者の介護サービス利用契約のあり方について意見を求めた。契約するサービスとして、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ、外出制限を伴う長期の介護施設入居を取り

上げた。この他、意思能力がない痴呆性高齢者の施設入居契約の要件について意見を求めた。

②グループディスカッション

意思能力が十分でない痴呆性高齢者の介護サービス利用契約のあり方について、主婦、老人病院看護師、介護職員、それぞれ別々のディスカッショングループを作り、意思能力を欠く痴呆性高齢者の施設入居契約について意見を聞いた。

C. 結果

①アンケートの結果

157施設(31.4%)から有効回答を得た。結果の概略は以下のとおりであった。

(1)娘、息子家族と同居している痴呆性高齢者の場合、成年後見制度等の法的手続きに基づいて家族が代行すべきだという回答は、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ契約については、27～35%、外出制限等の行動制限を伴う施設への長期入居契約については42%であった。残りは、本人に意思能力がなくても、家族の了解を得て本人名義で契約するのがよい、または、家族名義で契約するのがよいとするものであった。

(2)娘、息子が遠隔地にいる痴呆性高齢者の場合、成年後見制度等の法的手続きに基

づいて家族が代行すべきだという回答は、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイ契約については、42～47%、外出制限等の行動制限を伴う施設への長期入居契約については53%だった。

(3) 親族のいない単身の痴呆性高齢者の場合、サービスの種別による考え方の違いは目立たず、いずれのサービスについても、67%～73%が、成年後見制度等の法的手続きを踏んだほうがよいと回答している。行政措置によるサービス提供が望ましいという解答は、いずれのサービスについても10%程度に留まり、意思能力の如何によらず、本人の同意がなければ契約すべきでないという回答が、いずれのサービスについても11～17%あった。本人の同意が不可欠という回答は、ホームヘルプ、デイサービス、ショートステイで比較的高かった。

(4) 本人の意思に反して、あるいは、本人に同意能力がないのに、外出制限を伴う施設に長期入所させる場合の要件についてたずねたところ、必要条件として、能力低下が痴呆症等の疾病によるという医学的判断(49%)、生活状況から考えて施設入居が必要であるという判断(49%)の二項目をあげる回答が多かった。

(5) 自由記載意見では、実際の介護サービス契約場面で、こうした問題が現実においており、制度的な整備が必要であるとの意見が多かった。成年後見制度については、料金や手続きの煩雑さなどのために、利用しにくいという意見がいくつみられた。

②グループディスカッション

主婦グループでは、意思能力を欠く痴呆性高齢者の介護保険契約にあたって、家族が契約を代行することに抵抗を感じるという意見はなく、なぜ、それが問題になるのかが不思議だという意見もみられた。看護師のグループ、介護職のグループでは、契約を家族が代行するのはやむを得ないという意見が多かったが、同時に、施設入居に

ついて、家族と本人の利害が対立する場合があります、そうした事態への備えが必要だという意見もあった。

D. 考察

現実には、痴呆症によって意思能力を失った痴呆性高齢者に対する介護サービス利用契約の大部分は、同居、別居を問わず、家族が代行している。今回の調査では、介護契約の実務に携わる在宅介護心センターの中には、現状を是とする意見が30～40%みられたが、一方で、同居家族があっても、法的な手続きを踏むべきだという意見も少なくなかった。特に、居所指定につながる長期の施設入居については、同居家族があっても成年後見等の法的手続きが必要であると回答が、42%に上った。法的手続きの必要性は、単身の高齢者の場合特に高くなる。

一方で、看護師、介護職員、主婦のグループでは、こうした法的手続きの必要性についてはほとんど意識されていなかった。

アンケートやグループディスカッションで指摘された痴呆性高齢者と家族の利益が相反する可能性以外にも、契約不履行があった場合に自ら抗議したり訴訟を起こしたりする能力のない痴呆性高齢者の名前で結ばれる契約が、双方にとって平等な契約であるといえるかどうかなど、法的手続きを経ない、家族による契約代行には検討すべき多くの問題がある。介護契約の現場では、こうした問題が徐々に認識されつつあること、しかしながら、介護や医療サービスを担うスタッフや、一般市民の間では、こうした問題に関する認識は、いまだ不十分であるという現状が明らかになった。

E. 発表論文等

Saito,M:Decision Making in Social and Medical Services for Patients with Dementia in Japan. Weisturb,DC, Thomasma,S and Tomossey (eds), Aging:Caring for Our Elders,191-202 (2001)

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）

永野貫太郎（第二東京弁護士会）

猪俣 好正（宮城県立名取病院）

林 一好（東京都立中部総合精神保健福祉センター）

後藤 雅博（新潟大学医学部保健学科）

平田 豊明（千葉県精神科医療センター）*

下野 正健（福岡県精神保健福祉センター）

三脇 康生（京都大学大学院）

田原 明夫（京都大学医療技術短期大学部）

八尋 光秀（福岡県弁護士会）

中島 豊爾（岡山県立岡山病院）

* 執筆担当者

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、以下の3つの研究課題を立てて調査・研究活動を行った。

(1) 全国の精神医療審査会事務局を対象として運営実態を調査した。昨年度の調査結果に基づいて、各合議体の委員構成、合議体開催頻度、書類審査および退院請求審査の実態、年次報告書、事務局体制などの項目に関するアンケート調査を実施した。これに対して全国59の全審査会事務局から回答があった。その結果、多くの審査会において、変則的な委員構成や審査方法が採られていることが判明した。また、合議体開催頻度や退院請求審査件数、請求受理から審査結果通知までの日数などにおいて、依然として大きな地域格差が見て取れた。さらに、問題事例や事務局移管に対する意見が寄せられた。

(2) 今回の調査結果に基づいて、①書類審査件数に対する合議体開催頻度、②書類審査案件のうちの保留・報告徴収・審問件数の比率、③書類審査件数に対する退院請求等の審査頻度、④請求受理から審査結果通知までの日数、⑤年次報告書の有無、という5項目について、各審査会の活動度を3ないし5段階評価し、その得点配分状況を各審査会ごとにレーダーチャートに示した。

(3) 昨年度作成した精神医療審査会事務局運営マニュアル案を研究班内部で検討し、改訂を施した上で、厚生労働省に意見具申した。研究班内部で意見が分かれる項目もあったが、最終案の中では、審査会事務局の精神保健福祉センター移管を契機として審査会機能が拡充されることを目指した。また、事務局機能の強化のために最低1名の専任担当者を置くよう進言した。

以上の結果に基づき、審査会制度の意義や権限、それに限界や問題点を論じた上で、審査会活動を賦活するために、①審査会事務局の強化、②審査会活動の評価機構の創設、③問題事例の集積と検討の場の設定、④弁護士活動など関連NGO活動育成、という4つの具体的提言を示した。

A. 研究目的

精神医療審査会(以下「審査会」)制度は、精神科病院において入院患者の人権が守られているかをチェックするために、昭和62年(1987年)の精神保健法制定を機に創設され、平成元年(1989年)から運用されている制度である。ここでいう患者の人権とは、退院や処遇改善を請求する権利(不服請求権)および適正な医療を受ける権利(受療権)の二つである。

各都道府県および政令市に設置された審査会は、5人の委員からなる合議体(1~4)によって構成され、各合議体は定期的に会合を開いて、退院等の請求の適否を審査し、医療保護入院届や定期病状報告書などの書類審査を通じて、非自発入院継続の適否を審査している。

各合議体には、審査に必要な資料を取り寄せたり(報告徴収)、関係者を呼び寄せて意見を聴く(審問)権限があり、入院の継続や入院患者への処遇が不当と判断された場合には、知事を通じて退院や処遇改善それに入院形式の変更を命ずることができる。

このように、審査会制度は、患者の人権擁護の上で強力な権限をもっており、法改正のたびに権限が強化されてきたにもかかわらず、精神科病院における人権侵害事件は後を絶たないのが現状である。退院請求も平成12年度(2000年度)には全国で1,347件に上ったが、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。その成果や提言の多くは、これまで法や政省令の改正に盛り込まれてきた。今年度は、(1)審査会の運用実態

や活動性に関する最新データを収集すること、(2)これに基づいて、審査会の活動性を表す指標を考案し、各審査会の活動性を全国比較して示すこと、それに(3)平成14年度(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し国に意見具申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

全国の審査会事務局を対象として、平成14年1月、運用実態に関するアンケート調査を実施した。前年度の研究(審査会機能の評価項目に関する調査)の結果に基づいて、調査項目は以下のように設定された。

【A】審査会委員の構成

1. 審査会委員の職種や所属機関、通算在院年数、性別など
2. 予備委員などの変則的委員構成

【B】審査会の開催数(平成12年度、以下同じ)

1. 全体会
2. 合議体

【C】書類審査

1. 書類審査件数
2. 書類審査に基づく報告徴収・審問などの実績
3. 全委員による審査の有無(および代替的便法)
4. 書類審査基準の有無
5. 書類審査基準の必要性
6. 実地指導・実地審査との連携

【D】退院請求等の審査状況

1. 退院および処遇改善請求の受理件数と処理状況(請求受理件数、請求の取り下げ・要件消失件数、請求の審査件

数、審査結果、請求受理から審査結果通知までの日数)

2. 年間電話相談件数
3. 電話による請求受理件数
4. 電話相談記録票の有無
5. 電話相談記録票の審査会への提示
6. 意見聴取に赴いた委員別の件数
7. 意見聴取を省略した審査の件数
8. 代理人（弁護士）の請求事例件数
9. 審査結果の通知様式
10. 付帯意見の件数
11. 追跡調査の実態

【E】年次報告書

1. 年次報告書作成の有無
2. 年次報告書の項目
 - (1) 書類審査件数
 - (2) 書類不承認件数
 - (3) 電話相談件数
 - (4) 退院請求等の受理件数
 - (5) 請求の帰結別件数
 - (6) 請求受理から帰結までの日数
 - (7) 請求審査件数
 - (8) 意見聴取に赴いた委員
 - (9) 審査結果の内訳
 - (10) 付帯意見の件数
 - (11) 結果通知日もしくは通知までの日数
 - (12) 追跡調査結果

【F】事務局体制

1. 職員構成
2. 精神医療審査会運営要綱の有無
3. 運営要綱の改訂実績
4. 審査会運営費用の内訳（平成12年度決算）
5. 問題事例などの例示
6. 事務局の精神保健福祉センター移管に対する意見

2. 審査会の活動性評価尺度の考案

上記の調査結果に基づいて、審査会の活

動性を示す指標となる項目をいくつか選定し、それぞれをいくつかの段階にランク付けしたうえで、各審査会ごとの得点分布をレーダーチャートに図示した。

3. 審査会事務局運営マニュアル案の作成と国への意見具申

審査会活動の実態調査（平成11年度）や事務局の業務量に関する調査（平成12年度）を参考にして、審査会事務局運営マニュアル案を作成し、研究班内部の検討を経て、国に意見具申した。

なお、研究の全過程を通じて、個人のプライバシー保護には十分に配慮した。また研究の性質上、個人情報扱いは扱わなかった。

C. 研究結果

1. 精神医療審査会の運営実態に関するアンケート調査

アンケート調査への回答率は100%であった。本報告書を借りて、協力頂いた各審査会事務局に深く感謝する。以下に、主な項目について、調査結果を示す。

(1) 審査会委員の構成

(a) 性別・年齢・通算在任期間

平成14年1月現在、全国59の自治体には合計156の合議体があり、830人の委員が審査会活動に従事している。このうち女性委員は154名（18.6%）で、各合議体にほぼ1人の女性委員が配置されていることになる。

委員の平均年齢は55.9歳。平均在任期間は6.7年。審査会設置から日の浅い政令市では、平均年齢（54.4歳）が全国平均並みであったが、平均在任期間（4.4年）は短い傾向にあった。審査会運営マニュアルでは、委員の任期は2年とされ、再々任を避けるよう勧められているが、経験豊かな委員が限られている自治体では、長期在任傾向が

避けられない事情にあるようだ。

(b) 医療委員

医療委員480人のうち、民間医療機関に所属する委員が308人(64.2%)、国公立医療機関122人(25.4%)、教育機関その他60人(12.5%)であった。また、医療委員のうち、精神保健福祉法に基づく実地指導医を兼務する者は224人(46.7%)、実地審査医を兼務する者は279人(58.1%)に上っていた。すなわち、約半数の審査会で実地指導・実地審査の情報が自動的に共有されることになるが、一方、医療委員が実地指導医・実地審査医のいずれも兼務していない審査会が10ヶ所(16.9%)あった。

以上(a)(b)に関する審査会別の調査結果を別添の表1に一覧表示した。

(c) 法律委員・有識者委員

法律委員176人の内訳は、弁護士89人(50.6%)、検事38人(21.6%)、裁判官31人(17.6%)、法学部教授その他18人(10.2%)であった。弁護士が過半数を占めていたが、4つの審査会(岩手県、新潟県、鳥取県、高知県)では、法律委員に弁護士が含まれていなかった。

有識者委員168人には、看護職31人、精神保健福祉士13人、臨床心理士7人など、合計51人(30.4%)の精神科専門職が含まれていた。その他の有識者委員117人の大半は、社会福祉団体推薦の委員であった。

(d) 委員の変則配置

法律委員もしくは有識者委員に予備委員を置いたり、複数委員の交代制を採る審査会が10ヶ所(16.9%)あり、法律・有識者委員が人員を固定できない現状が反映されていた。また、14ないし17人の委員が1つの合議体を輪番制で構成したり(山形県、島根県)、8人の委員からなる合議体2つを輪番で運営(静岡県、京都市)、1合議体は5人の委員で構成されるが、3ないし4の合議体が相互に予備委員を兼任する

(三重県、大阪府)など、いくつかの変則的な委員構成が採られている。

これらの変則構成は、審査の迅速性を実現するため、もしくは、人材不足を補うため、という2つの必要性に起因する措置であると推測された。

以上(c)(d)に関する審査会別の調査結果を別添の表2に一覧表示した。

(2) 審査会の開催数

(a) 全体会

全審査委員を一堂に会した審査会の全体会は、各合議体間の審査基準を統一し、問題事例を全委員で討議するなど、審査会の活動水準を維持・向上させるために必要な要素である。今回の調査では、平成12年度(2000年度)に全体会を開催しなかったと回答した審査会が5ヶ所、無回答の審査会が4ヶ所あった。その他の50の審査会は1年に1回以上の全体会を開催していた。複数回開催していた審査会は8ヶ所であった。

(b) 合議体開催数

各審査会における2000年度の合議体開催数は、総数で1,218回、1審査会平均では20.6回(最小9回、最大36回)であった。これらの開催数の多寡は、書類審査の件数を勘案して論ずる必要があるが、年間の合議体開催数が12回以下の審査会では、審査の迅速性が問題視される。

(3) 書類審査

(a) 1回の合議体での平均審査件数

書類審査の対象は、医療保護入院届、医療保護入院および措置入院の定期病状報告書の3種類である。実際の合議体では、書類審査に費やす時間が大半を占めている。

その年間総数を合議体開催総数で割ると、平成12年度では、1合議体1回当たりの平均書類審査件数は、別添の図1のように分布した。平均は156.8件であった(最大675

件、最少14件)。1回の書類審査が300件を超えるような審査会は、合議体数や開催数を増やすなどの措置を講じなければ、審査の精度が問題視される。

(b)承認保留・報告徴収・審問件数

今回の調査では、書類審査の処理状況に関する設問に不備があった。すなわち、記載不備などの理由で書類を病院に返戻したケースを「承認保留」とするか、「報告徴収」とするか、あるいは、最終的に承認されれば、どちらにもカウントしないか、いずれにも回答可能な設問になってしまった。

承認保留もしくは報告徴収のいずれかに件数が記載されているものは、平成12年度で2,658件、全書類審査件数の1.4%であった。なお、審問権を公式に行使したと回答したのは、大分県における1件のみであった。

(c)変則的書類審査

書類審査は全委員が全書類を審査するのが原則であるが、審査件数の多い審査会をはじめ、23の審査会(38.9%)では、様々な便法が採られていた。最も多いのが、書類1件を審査する委員を2~4名(医療委員・非医療委員各1名、医療委員のみ1~2名など)に減じ、問題案件のみを全員で審査するという方法(14ヶ所)、次いで、医療委員のみが事前審査して問題案件を選別し、これを全員で審査するという方法(7ヶ所)であった。

これらの変則審査は、医療委員の専門性を信頼して書類審査の時間を短縮するための便法であるが、非専門家の目でもチェックするという審査会制度の趣旨を生かすためには、医療委員と非医療委員とが対話をしながら、全員が全書類を審査すべきである。それだけの時間がとれるよう、合議体の開催頻度や報酬を上げる必要がある。

以上の(a)(b)(c)に関する審査会別の調査結果を別添の表3に一覧表示した。

(d)書類審査の基準

書類審査の基準が文章化されていると回答した審査会は5ヶ所(8.5%)、文章化されていないが、ある程度の申し合わせ事項があると回答した審査会が34(57.6%)と最多を占め、特に審査基準なしとの回答も19(32.2%)あった。一方、書類審査の基準が必要と回答した審査会は44(74.6%)に上っていた。

(e)実地指導・実地審査情報の提供

実地指導・実地審査の情報が審査会に提供されていると回答した審査会は19(32.2%)、実地審査情報のみが提供されているとの回答が11(18.6%)、実地指導のみとの回答は3(5.1%)、どちらの情報も提供されていないとの回答が22(37.3%)と最多であった。

これらの結果は、前々項(1)で示した医療委員のうち、実地指導医、実地審査医の兼務状況を反映しているが、いずれも兼務していない審査会が10ヶ所であったのに対して、どちらの情報も提供されていないと回答した審査会がその2倍以上あった。

(4)退院請求等の審査状況

(a)電話相談

年間の電話相談件数を回答した審査会は半数以下の29ヶ所にとどまったが、1年の平均電話相談回数は287.9件(最大2,170件、最小15件)であった。

電話による退院および処遇改善請求の受理件数は、平成12年度に179件(回答数48)あったが、そのうちの102件(57%)が東京都に集中していた。

また、電話相談記録がないと回答した審査会が19(32.2%)、電話相談記録を合議体に提示していないとの回答が18(30.5%)あった。

(b)請求件数と審査件数

平成12年度における退院および処遇改善

の請求受理件数は1,861件、1審査会平均では、22.8件（最大174件、最小3件）あった。このうち、審査に付されたのは1,347件、1審査会平均22.8件（最大100件、最小3件）であった。審査会別の退院等の請求件数と審査件数を別添の図2に示した。

退院等の請求を受理されながら審査に付されなかった事例のうち、請求取り下げが340件（平均5.8件、最大44件、最小0件）、退院などによる請求要件の消失が174件（平均2.9件、最大51件、最小0件）あった。すなわち、請求受理事例のうち27.6%は審査に付されなかったということになる。

(c) 審査に要する日数

請求受理から審査までに要した日数の平均は35.7日（最長85日、最短8日）、審査から結果通知までに要した日数の平均は5.7日（最長36日、最短0日）であった。通知までの平均日数を審査会別に示したのが別添の図3である。請求の受理から審査結果の通知までは平均41.4日を要したことになり、国のマニュアルが推奨する1ヶ月以内を大きく上回っていた。1ヶ月以内に収まっている審査会は20ヶ所（33.9%）にとどまっていた。

図4は、図2の取り下げ率（請求件数に対する取り下げ・要件消失の比率）と図3の平均通知日数との相関を示したもので、緩い正の相関がある（相関係数0.297）。請求件数の少ない神戸市を除くと、さらに相関性が高まる（相関係数0.396）。すなわち、通知日数の長さが取り下げ率の高さをある程度説明しており、審査プロセスがもっと迅速に進めば、審査に付される退院請求はもっと増加するはずである。

(d) 審査結果

審査に付された事例のうち、1,228件（91.2%）は「現状で適正」（すなわち請求却下）とされ、入院形式の変更とされた事例が60件（うち24件が福岡県に集中）、退院

命令が15件、処遇改善命令が2件となっていた。入院形式変更、退院、処遇改善のいずれかの裁定がなされた審査会は20ヶ所であった。すなわち、3分の2に当たる残り39ヶ所の審査会では、全ての請求が却下されている。

以上の(a)～(d)に関する審査会別の調査結果を別添の表4に一覧表示した。

(e) 意見聴取

平成12年度の意見聴取件数は1,215件、このうち意見聴取に赴く委員別の内訳は、医療委員のみが423件（34.8%）、医療委員と法律委員の組み合わせが280件（23.0%）、医療委員と有識者委員の組み合わせが431件（35.5%）、その他のパターンが81件（6.7%）であった。

また、意見聴取をせず、書類審査だけで退院請求等を審査していた事例が124件（全審査件数の9.2%）あった。大半は頻回請求事例と思われる。

なお、弁護士が請求者の代理人となった事例は32件あった。弁護士による法律援助活動の盛んな広島市（9件）、大阪府（7件）、福岡県（4件）、福岡市（3件）、愛知県（3件）、名古屋市（2件）などに集中していた。

(f) 結果の通知と追跡調査

審査結果と理由の通知を請求者、保護者、病院管理者のそれぞれに別の文面で行うと回答した審査会は30（50.8%）、三者同じ文面との回答が23（39.0%）、その他が5（8.5%）あった。この設問は審査会の調整機能の現状を調査するための設問であるが、三者同じ文面と回答した約4割の審査会では、審査結果をアフターケアする調整機能にあまり関心がないように思われた。調整機能は、頻回請求の抑制など、審査会活動の効率化にも寄与するという意見もある。

審査結果が履行されているかどうかを追跡している審査会は24（40.7%）と半数に

満たなかった。

以上の(e)(f)に関する審査会別の調査結果を別添の表5に一覧表示した。

(5) 年次報告書

年次報告書を作成していると回答した審査会は29(49.2%)、全体会資料を報告書に代えているとの回答が7(11.9%)であったが、特に報告書を作成していないとの回答も23(39.0%)に上った。

報告書の内容で多かったのは、書類審査件数(36審査会)、書類の不承認件数(28)、退院請求等受理件数(35)、同帰結別件数(30)、同審査件数(34)、審査結果(28)の基本6項目で、電話相談件数(8審査会)、請求受理から帰結までの件数

(10)、意見聴取に赴いた委員(7)、付帯意見の件数(2)、結果通知日(9)、追跡調査結果(0)の項目は少なかった。

また、それぞれの件数を合議体別・病院別に集計している審査会は、いずれの項目も半数以下であった。

年次報告書に関する審査会別の調査結果を別添の表6に一覧表示した。

(6) 事務局体制

(a) 職員配置

調査時現在の審査会事務局職員(総数148人、1審査会平均2.4人)のうち専門職は、医師が14審査会の15人、精神保健福祉士は10審査会の11人、保健師は19審査会の20人、看護師は2審査会の4人(うち3人は嘱託)、心理士は1審査会の1人となっていた。

事務職員は49審査会の92人(うち2人は嘱託)、その他の職種が3審査会の3人で、事務職を配置していない審査会が10ヶ所あった。

(b) 審査会運営要綱

審査会運営要綱を持たない審査会が未だ

に3ヶ所あった。運営要綱のある56審査会のうち、平成11年の精神保健福祉法改正に伴って要綱を改訂したと回答した審査会は52ヶ所あったが、4審査会は改訂していないと回答した。

(c) 審査会運営費用

平成12年度の審査会運営費用については54審査会から回答があり、1審査会平均の総額は8,326千円であった。このうち、76.8%に上る6,396千円が入院届等の書類作成料に充てられていた。次いで、審査会委員への報償費1,692千円(20.7%)で、この2項目が費用の大半を占めていた。

審査会事務局体制に関する審査会別の調査結果を別添の表7に一覧表示した。

(7) 問題事例など

最近の審査会活動の中で、問題となった事例やエピソードの有無を問うたところ、16の審査会から回答があった。主な意見を以下に列記する。

(a) 退院請求等の審査に関して

- ・措置解除・退院可能なケースに対して警察から圧力があり、審査会に判断が委ねられた。
- ・放火・殺人等の前歴がある覚醒剤ケース。措置解除後の逮捕を見込んでいたが警察が動かず、本人からの退院請求審査に苦慮した。
- ・措置入院継続の可否を再審査しようとしたところ措置解除となり、解除の妥当性に疑問が残った。
- ・措置入院ケースの退院請求。入院時エピソードの評価に審査会が戸惑った。
- ・措置入院患者から審査会への出席希望があったが、安全確保の面で協議中。
- ・住所不定の生活保護ケース。退院すると生保打ち切りになるため任意入院が妥当と通知したが、転院先の確保に苦労した。
- ・主治医も医療不要と意見陳述したが、親