

資料7

1. 意思決定者を選任し、通常は「発生条項 ("springing clause")」を適用する。
2. 一般的に財産管理に用いられる。州によっては医療に関する意思決定にも許可しているところもある。また医療向けの DPA を設けている州もある。
3. カリフォルニア州:医療の DPA (Civil Code Sec. 2435) は下記には用いることはできない。

- a) 裁判所の命令による措置
- b) 強制治療
- c) 精神外科
- d) 不妊治療
- e) 妊娠中絶

- C. 医療の代理権をはじめとする事前指示: Emanuel LL, Barry MJ, Stoeckle JD, et al: Advance directives for medical care: A case for greater use. N Engl J Med 1991; 324: 889-895.

1. マサチューセッツ州の医療の代理権 (1990)
 - a) 医療は「身体的または精神的状態に対して診断や治療をするためのあらゆる治療、サービス、処置」と定義づけられる。
 - b) 成人ならば、代理権の行使について判断能力があるとみなされる (しかし、推定は後に問題となりうる)。
 - c) 代理人は本人に代わって、本人がそうしたであろう、医療に関する特定またはすべての意思決定をする権限がある。その中には、延命治療についての意思決定も含まれる。
 - d) 意思決定は (a) 代理人が行う本人の宗教、倫理観などを含む希望についての査定に従う。または (b) 本人の希望がわからない場合は、代理人が行う本人の最善利益のアプローチによる査定に従う。
 - e) いつでも取り消すことができる。
 - f) 発生条項: 患者は「精神疾患または発達障害により判断能力がない」いう医師の査定。医師は専門的な訓練を受けているか、精神疾患や発達障害について経験がなければならない。
2. 代理権の問題: Brett AS: Limitations of listing specific medical interventions in advance directives. JAMA 1991; 266: 825-835

資料7

- a) 乱用の可能性
- b) 関係性の変化
- c) 事前行使：定期的な見直しの利点
- d) どのくらい確かか。
- e) 代理権を選び、その役割を受け入れる。
- e) 敬意が払われるか。問題となりうるか。
- f)

IV. まとめ

- A. 診療とリスク・マネージメントに関するインフォームド・コンセント
- B. 治療拒否の権利はなくなっていない
- C. 代替案：予見し、クリエイティブに

資料 7

追加参考文献

American Society of Law & Medicine : Medical decision-making and the "right to die" after Cruzan. *Law, Medicine & Health Care* 1991 ; 19 : 5-104.

American Society of Law & Medicine : The care of the dying : A symposium on the case of Betty Wright. *Law, Medicine & Health Care* 1989 ; 17 : 205-268.

Appelbaum PS, Gutheil TG : *Clinical Handbook of Psychiatry and the Law*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1991.

Appelbaum PS, Lidz CW, Meisel A : *Informed Consent: Legal Theory and Clinical Practice*. New York, Oxford Press, 1987.

Greco PJ, Schulman KA, Lavizzo-Mourey R, Hansen-Flaschen J : The Patient Self-determination Act and the future of advance directives. *Ann Int Med* 1991 ; 115 : 639-643.

Grisso T, Appelbaum PS : *Assessing Competence to Consent to Treatment*. 1997 New York : Oxford University Press

Gutheil TG, Bursztajn H : Clinicians' guidelines for assessing and presenting subtle forms of patient incompetence in legal settings. *Am J Psychiatry* 1986 ; 143 : 1020-1023.

Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al : Physician-patient communication : The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons.

National Health Lawyers Association : *The Patient Self-Determination Directory and Resource Guide*. Washington, D.C., National Health Lawyers Association, 1991.

Schouten R : Informed consent : Resistance and reappraisal. *Crit Care Med* 1989 ; 17 : 1359-1361.

Schouten R, Berner M : Decision making : The legal perspective. In Gutheil TG, et al : *Decision Making in Psychiatry and the Law*. Baltimore : Williams & Wilkins 1991 ; 171-185.

Schouten R, Gutheil TG : The Aftermath of Rogers. *Am J Psychiatry* 1990 ; 147 : 1348-1352.

資料 7

Schouten R : Legal aspects of consultation. In Massachusetts General Hospital Handbook of General Hospital Psychiatry, EH Cassem editor, 4 th ed. St. Louis, Mosby, 1997.

Schouten R : Approach to informed consent. In The MGH Guide to Psychiatry in Primary Care, TA Stern, JB Herman, PL Slavin, eds. New York, McGraw-Hill, 1998

Spring RL, Lacoursiere RB, Weissenberger G : Patients, Psychiatrists, and Lawyers Law and the Mental Health System. Second Edition. Cincinnati : Anderson Publishing Co., 1998.

Sprung CL, Winick BJ : Informed consent in theory and practice : Legal and medical perspectives in the informed consent doctrine and a proposed reconciliation. *Crit Care Med* 1989 ; 17 : 1346-1354.

Winick BJ : Competency to consent to treatment : The distinction between assent and objection. *Houston Law Rev* 1991 ; 28 : 15-61.

マサチューセッツ総合病院の患者としての権利 患者としての法的な立場

任意入院：条件付き任意入院で退院を希望する場合は、病院に書面で通知しなければならない。病院は3営業日以内に退院させるか、裁判所の命令による措置の申し立てをするかについて決める。

S12 (b) による4日間の非任意入院：4日間の非任意入院をする前に、条件付き任意入院を選択する機会が与えられなければならない。非任意入院は、病院が地方裁判所に継続措置の申し立てを行わない限り、4営業日後に有効期限が切れる。病院が裁判所に申し立てをしてから4営業日以内に審理が行われなければならない。

S12 (b) による非任意入院である場合、患者の要請により、病院は Committee for Public Counsel Services に連絡をとり、弁護士を選任される。

S12 (b) による非任意入院で、S12 (b) の入院手続きが乱用または悪用されたという理由がある場合、24時間以内に緊急審理を求めることができる。病院から患者または患者の弁護士に申請書が渡される。

裁判所：裁判所による措置を病院が求めて訴えた場合、裁判官が措置または退院の決定を下すまで、患者は病院にいるよう求められる。弁護士費用が払えない場合は、裁判所が弁護士を選任する。

訴える権利：裁判所が非任意の措置を決定した場合で、患者がこれ以上病院にいる必要がないと考えるならば、訴える権利がある。法的な立場に訴えたい、またはそのことについて質問がある場合は、病院の人権問題担当者、法的な立場擁護者、弁護士のいずれかに連絡をとり、話し合うことができる。

日常生活

面会と電話：希望により毎日、適切な時間帯に個人的に面会者と会う権利がある。また犯罪や他の人の迷惑にならない限り、極秘の電話をかけたり、受けたりする権利もある。

一時的に面会や電話が見合わせられる可能性があるとき：弁護士、法的な立場擁護者、医師、臨床心理士、聖職者、ソーシャルワーカーと面会したり、電話で話したりする権利は制限されないかもしれないが、他の人との面会や電話は、(これまでの面会歴や電話に基づき) 重い傷害の危険性が高く、制限するしか他に予防する方法がない場合には、一時的に見合わせる

資料7

こともある。制限は傷害の予防のためであり、不必要に長引くことはない。診療録に記録されなければならない。

郵便：封をした検閲されていない郵便物を送ったり、受け取ったりする権利がある。しかし、しかるべき理由があれば、郵便物は患者の目の前で開封され、調べられる。スタッフが読むことはない。密売買品が病院に入ることを防ぐことが唯一の目的である。適量の文房具や切手を与えられる権利がある。

個人的な所持品と検査：安全ならば、自分の洋服を着る権利、トイレ用品を含む私物を保持する権利がある。個別に保管するスペースを与えられ、少額の金銭を持ち、使う権利がある。患者本人や所持品の不当な検査を受けない権利がある。

宗教：宗教上の信仰の権利がある。

精神的および身体的環境：人道的な精神的および身体的環境の権利がある。暮らす場所と、休憩、就寝、着替え、入浴、個人衛生、読み書き、トイレがプライバシーを守られる形で安全にできる場が提供される権利がある。個室に眠る場所の権利はこれには含まれない。

個人的なこと：精神病院に入院したという理由だけで選挙権が失われることはなく、運転免許も維持でき、結婚や契約、意思表示もできる。しかし、後見人制度や患者の精神状態によっては、これらの権利に影響がでる場合もある。

ケアと治療

治療の権利：ニーズにあった、技術、安全性、人権面で患者の尊厳が十分に尊重される形で行われる治療を受ける権利がある。

疾患と治療についての情報：疾患の病態、なぜ治療が必要なのか、どんな代替治療案があるのかについて、知る権利がある。ケアや治療にかかわる主治医や他のスタッフの名前と肩書きを知る権利がある。

治療への同意と拒否の権利：緊急時、裁判所が後見人を選任し患者に代わって同意した場合や裁判所が特定の治療を指示した場合を除いて、精神科薬物治療や他の治療に同意または拒否する権利がある。治療や研究に同意する前に、その目的、危険性、副作用、起こりうる結果、代替治療案（代替治療案はないことも含めて）について知る権利がある。同意した後でも考えを変え、同意を取り消すことはいつでもできる。

資料7

診療録へのアクセス：重い自傷傾向とならない限り、自分の治療に関する記録を見る権利がある。弁護士は治療の記録を調べることができる。それが患者にとって最善の利益になると判断された場合は、診療録も他者に開示されうる。診療録の開示に関しては、すべて病院のトップにまず開示請求がなされ、それから精神科にまわる。

治療計画への参加：できる限り最大限に治療の計画や実施に参加する権利がある。

研究への参加：研究対象者となるかどうか、教育的または情報を主目的とした治療研究に参加するかどうかを選択する権利がある。

隔離と拘束：自傷他害性の緊急性や深刻性が考えられる緊急時のみ隔離や拘束を受ける可能性がある。患者自身や他者の保護に必要な時間のみ隔離や拘束を受ける可能性がある。隔離・拘束されている間の患者の状態は慎重にモニタリングされる。隔離・拘束が用いられる場合は、その適用や状況について、コメントできる機会が患者に与えられる。

治療に関する定則、規則、法律：当病院での患者のケアや治療に関係のある定則、規則のコピーを見る権利がある。他の州または連邦法、規則によって保障されている権利も有する。

告訴と権利の追求

告訴：ケアや治療が非人道的で、危険で違法であると思われる場合には、告訴する権利がある。手続きについては、当病院の人権問題担当者または他のスタッフが説明し、手伝う。

法的なアドボカシー組織へのアクセス：入院や要請に際していつでも、精神保健法律顧問委員会、Committee for Public Counsel Services、保護やアドボカシー組織、無料で法律相談を精神障害者に行っているその他の組織の名称、住所、電話番号を入手できる。またこのような組織の弁護士や法律家補助員との連絡に関して、適切な援助を受けることができる。弁護士や法律家補助員が病院を訪れ、患者に会うことができる。

さらなる情報：権利または法律相談の受け方について、病院の患者ハンドブック、人権問題担当者、他のスタッフから、さらに情報を得ることができる。

あなたの人権問題担当者は、Sheryl Katzanek。 Tel： 726-3370
訳：伊藤いつ子

「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）

中島 豊爾（岡山県立岡山病院）

猪俣 好正（宮城県立名取病院）

永野貫太郎（第二東京弁護士会）

岡崎 伸郎（仙台市精神保健福祉総合センター）

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（新潟県精神保健福祉センター）

平田 豊明（千葉県精神科医療センター）*

斉藤 昌治（井の頭病院）

三木恵美子（横浜法律事務所）

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（京都市立病院）

八尋 光秀（福岡県弁護士会）

弟子丸元紀（国立療養所菊池病院）

* 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。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) 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NPO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、通算入院年数、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、各合議体にはほぼ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カ所（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カ所（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カ所、無回答の審査会が4カ所あった。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カ所であった。

(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

を勧告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カ所）、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カ所）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カ所（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ヵ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ヵ所にとどまったが、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ヵ月以内を大きく上回っていた。1ヵ月以内に収まっている審査会は20ヵ所（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の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カ所あった。

(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、親族の拒否が強い退院請求ケース。
- ・家族の反対で退院が遅れているケースに対して、主治医が退院促進の目的で退院請求を勧めたケースがあったが、審査会制度の趣旨を逸脱していないか。

- ・医療保護入院者の退院請求に際して、本人と保護者の意見が食い違い、双方の言い分ともに理があつて、事実関係の掌握に苦慮したケースがあった。
- ・頻回請求者の取り扱いに苦慮している。
- ・請求内容が不明なものの取り扱いをどうすべきか。
- ・意見聴取に際して、請求者が録音を求めた場合、どう取り扱うべきか。

(b) 書類審査ほか

- ・精神保健福祉法第5条に該当するかどうか、審査会委員の間でも議論になるケースがあった。
- ・病名記載に分かりにくいものがある。ICD-10に準ずるなど、何らかのルールを明示する必要があるのではないか。
- ・書類審査の基準が合議体間や県と政令市との間で不統一。
- ・1999年の法改正後、入院届などの様式に追加項目があったが、説明不足。
- ・長期在院の医療保護入院定期病状報告書の中に、前回提出分と酷似した報告書があり、再提出を求めた。
- ・34条に基づく移送の診断票を審査対象とするならば、措置入院の診断書も審査対象となるのではないか。
- ・全員が任意入院になっている病院（朝倉病院など）に対して、審査会は何ができるか。
- ・扶養義務者の保護者選任拒否による21条ケースの問題。
- ・長期在院の興奮型知的障害ケースの施設利用が困難。

(8) 精神保健福祉センターへの事務局移管に対する意見

審査会事務局の精神保健福祉センター移

管に関する問題点や意見を問うたところ、15の審査会から回答があった。主なものを以下に列記する。

(a) 事務分掌上の問題

- ・退院請求の窓口や諮問・答申起案等の事務分掌に難がある。
- ・知事と審査会の事務分担が不明確のため、協議に苦勞している。
- ・法やマニュアルでは、電話相談と退院請求受理の窓口が知事となっているため、事務処理上、戸惑う。
- ・政令市では、センターが本課の業務を兼任することが少なくないが、措置入院などの行政処分と審査会業務を兼務することの矛盾を感じる。

(b) 本庁との物理的・機能的距離

- ・精神保健福祉センターが郊外にあるため、知事決裁に時間がかかる。
- ・措置入院関係の書類がセンターにないため、措置解除予定などの情報が把握しづらい。
- ・実地指導・実地審査との連携がとりにくい。

(c) 体制不備ほか

- ・審査会事務局の執務スペース確保が困難。
- ・センターに意見聴取の予備委員がない。
- ・センター職員の増員が困難。
- ・センター長が審査会委員のため、解任の必要が生じた。
- ・より専門的な機関に事務局が移管されるのは、患者の人権擁護の上で望ましい。

2. 審査会の活動性指標の考案

審査会の活動性を示す指標として従来は、退院請求等の審査件数あるいはその書類審査件数に対する比率が用いられてきたが、審査の迅速性や審査会活動の透明性な

どを勘案すると、以下のような項目が考えられる。

- ①書類審査件数に対する合議体開催数
- ②書類審査案件のうちの承認保留・報告徴収・審問件数
- ③書類審査件数に対する退院請求等の受理件数
- ④請求件数のうちの取り下げ・要件消失件数
- ⑤書類審査件数に対する退院請求等の審査件数
- ⑥請求受理から審査結果通知までの日数
- ⑦結果通知への付帯意見の添付件数
- ⑧年次報告書の作成状況

③④⑥は相関があり、⑦は回答が少ないので、ここでは、①②⑤⑥⑧の5項目を審査会の活動性指標として選定した。

(1) 合議体の開催頻度

各審査会の年間合議体開催数は表3に示されているが、審査会の活動性を公平に比較するためには、非自発入院患者の動態を勘案する必要がある。ここでは、年間の書類審査件数（措置入院定期病状報告書の審査件数は6ヵ月に1度の審査なので1/2を掛けた）によって非自発入院患者の動態を代表することとした。

表3に示された2000年度の合議体開催数をこの書類審査件数で割り、1000倍した数値を合議体の開催頻度と定義した。各審査会の開催頻度を高い順に並べて表示したのが別添の図5である。大阪市は精神病床が少なく、書類審査件数も少ないため、例外的に開催頻度が高い。

(2) 書類審査の保留頻度

表3に示された保留、報告徴収、審問の

件数を書類審査件数で除し、1000倍した数値を書類審査の保留頻度と定義した。これを高い順に表示したのが別添の図6である。承認保留、報告徴収、審査の項目について回答のなかった審査会は0とカウントした。本来は承認保留と報告徴収は別に集計すべきであろうが、前述した理由により、今回は合算した。

(3) 退院請求等の審査頻度

表4に示された退院請求等の審査件数を書類審査件数で除し、1000倍した数値を退院請求等の審査頻度と定義した。これを高い順に表示したのが別添の図7である。大阪市は、前述した理由により、例外的に審査頻度が高い。

(4) 平均通知日数

請求受理から審査結果通知までの平均日数を平均通知日数と定義し、短い順に表示したのが別添の図3である。

(5) 年次報告書作成状況

表6に示された年次報告書作成状況に応じて、各審査会を3つに分類した。

(6) 各審査会の活動性表示

前記(1)～(4)の指標を数値順に5等分し(書類審査の保留等に関しては0回答が半数近くを占めたので、0以外の回答を4等分した)、5段階にランク付けした上で、最高5点、最低1点の評点を与えた。(5)の年次報告書は3段階にランク付けし、高い順に5、3、1点を与えた。

このようにして、各審査会の活動性を5つの指標ごとに評点し、合計点数の高い順にレーダーチャートとして図示したのが図

8である。これによって、各審査会の活動性が全国レベルで比較できるであろう。

なお、(2)書類審査の保留頻度(レーダーチャートでは報告徴収頻度)の項目については、無回答の審査会が自動的に0回答とされ、最低水準の1点にランクされている。前記の定義に従って再度の調査を行い、この項目のデータを修正すれば、図8も書き換える必要が生ずるであろう。今回は試作的な表示としたい。また、書類審査件数の低い政令市では、全般に評価が高くなるため、修正方法を考案する必要がある。

3. 審査会事務局運営マニュアル案の作成

審査会事務局運営マニュアル案を全国精神保健福祉センター長会議に提示し、その意見を参考にして、本研究班としての最終案を厚労省に提言した。これを別添資料に示した。

なお、この最終案は、全国精神保健福祉センター長会議によって公式に承認されているわけではない。また、本研究班の研究協力員のうち、精神保健福祉センター長会に所属する研究員は、この最終案の作成作業に参画してはいない。したがって、この審査会事務局運営マニュアルを実際に運用するに際しては、さらに実務的な検討を加える必要がある。

この章の1-(8)でも記述したように、精神医療審査会事務局の移管に関しては、知事部局との事務分掌などをはじめとして、実務担当者の中に、かなりの戸惑いが存在することは事実である。

D. 考察

1. 精神医療審査会の機能と権限

1984年、栃木県宇都宮市の精神病院で起こった職員による入院患者殺害事件は、わが国の精神病院の密室性と治外法権状況を象徴する事件として国内外から注目され、1987年の精神保健法制定の大きな導因となった。この法改正によって、入院患者に退院と処遇改善を請求する権利が認められ、患者の権利が守られ適正な医療が確保されているかをチェックするために、精神医療審査会制度が新設された。

そして、その後、法改正のたびに精神医療審査会の機能と権限が強化されてきたにもかかわらず、患者人権の侵害事件は、民間セクターかパブリックセクターかを問わず、後を絶つ気配がない。

精神科入院医療をモニターする制度としては、①医療法に基づく医療監視、②精神保健福祉法に基づく実地指導、③同じく実地審査、そして④精神医療審査会制度があり、近年では、⑤弁護士による法律援助制度や人権センター活動、大阪府におけるオンブズパーソン制度など、各種のNPO活動も加わっている。

これだけのモニター制度があり、審査会制度の権限強化が図られながら、それでもなお精神科病院における人権侵害事件が続発するのはなぜであろうか。

精神科特例が足枷となつての慢性的なスタッフ不足、精神科病院情報の非公開、職員の人権意識の未成熟など、いくつかの構造的な要因を即座に指摘できる。すなわち、人権侵害事件は一部の悪徳病院に限局して起こる特異な事件なのではなく、どんな精神科病院においても起こりうる構造的な歪みに起因する普遍的な事象なのである。

(1) 精神科医療における2つの行動原理

－医療モデルと司法モデル

ところで、非自発医療を伴う精神科医療の分野では、医療モデルのほかに司法モデルが医療者の行動原理となってきた。

医療モデルの行動原理は、生命の擁護と苦痛の緩和であり、判断能力の低下した患者に対してはパターンリズム（父権的保護主義）を非自発入院（医療保護および応急入院）の根拠としてきた。

司法モデルの行動原理は、法秩序の維持（警察モデル）と患者の市民権擁護（弁護士モデル）が対になっており、警察モデルが非自発入院（措置および緊急措置入院）の根拠となってきた。

また、精神科入院患者の権利には、市民権の制限に対する不服請求権（退院請求権・処遇改善請求権）だけではなく、市民権の制限を代償する良質な医療を受ける権利（受療権）が含まれる。不服請求権を司法モデル（弁護士モデル）に立つ権利とするならば、受療権は医療モデルに立つ権利とすることができる。

(2) 精神医療審査会の機能

精神医療審査会の役割は、まさにこの二つの患者の権利を擁護することである。患者の権利擁護活動を通じて、精神科病院における透明性を高め、精神科における医療・福祉の水準を向上させることが審査会制度の存在意義であると言える。

患者の権利擁護のために審査会が果たすべき機能は、①退院と処遇改善の請求を審査し請求の適否を判定する「裁定機能」、②審査結果の通知に付帯意見を述べるなどの形で治療方針や治療内容に介入する「調整機能」、そして、③書類審査を通じて非自発入院の適否を審査する「点検機能」の三つ

の機能に集約される。

(3) 精神医療審査会の権限

これらの機能を遂行するために、審査会には、審査に必要な書類の提出を関係者に要請できる「報告徴収権」、および審査会に関係者の出席を要請できる「審問権」という二つの権限が付与されている。これらの権限を駆使して審査会が果たすべき三つの機能を十二分に発揮することが審査会には求められているのである。

2. 精神医療審査会活動の実態

(1) 退院請求等の審査件数の年次推移

平成元年（1989年）の審査会制度発足以来、平成5年（1993年）まで、任意入院の増加と措置および医療保護入院の減少に伴って、退院請求等の審査件数は漸減したが、平成4年（1994年）以降は、一貫して増加してきた。図Aに入院形式別の在院患者数（各年6月末）の推移を示し、図Bに退院請求等の審査件数および非自発入院の在院患者数に対する比率の推移を示した。

図Aでは、精神保健法の施行以来、一貫して増加してきた任意入院が平成12年（2000年）に至って急減し、約1万人の任意入院患者が医療保護入院に移行したことが示されている。これは、前年の法改正で医療保護入院の対象が「任意入院とならない者」と明記され、さらに入院への同意能力を欠く老年痴呆ケースなどは任意入院とすべきでないとの見解が提示されたため、老年痴呆ケースを中心に任意から医療保護へと入院形式の変更が行われた結果であろうと推測される。

このような医療保護入院の急増のために、

退院請求等の審査件数が増えたにもかかわらず、非自発入院患者に対する比率が平成12年（2000年）に至って減少したことが図Bに示されている。

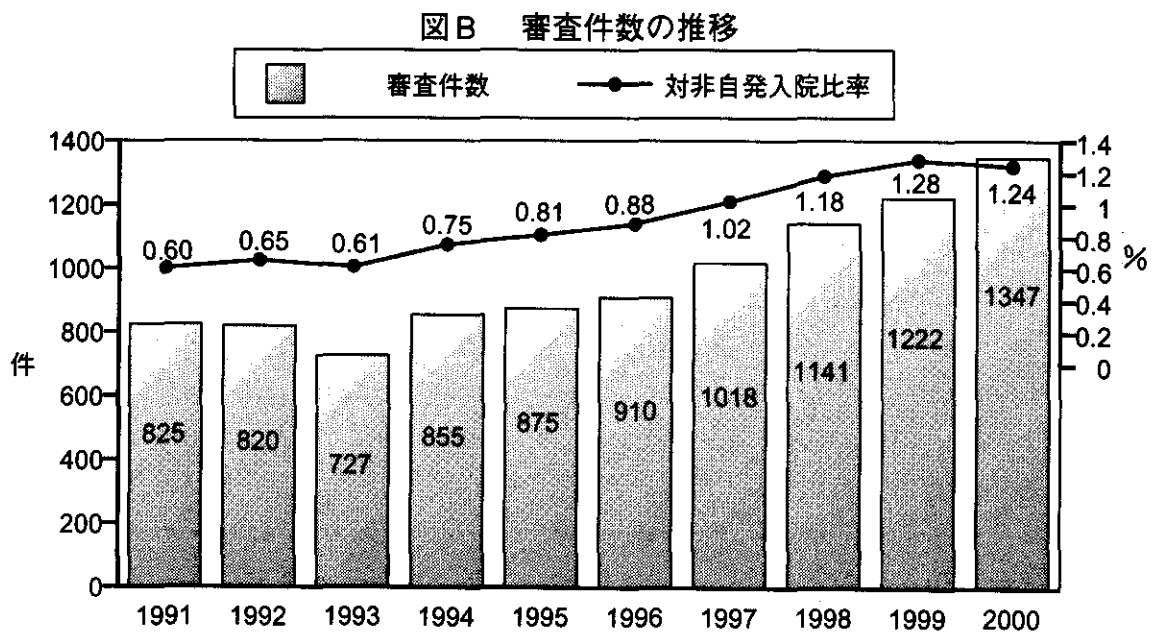
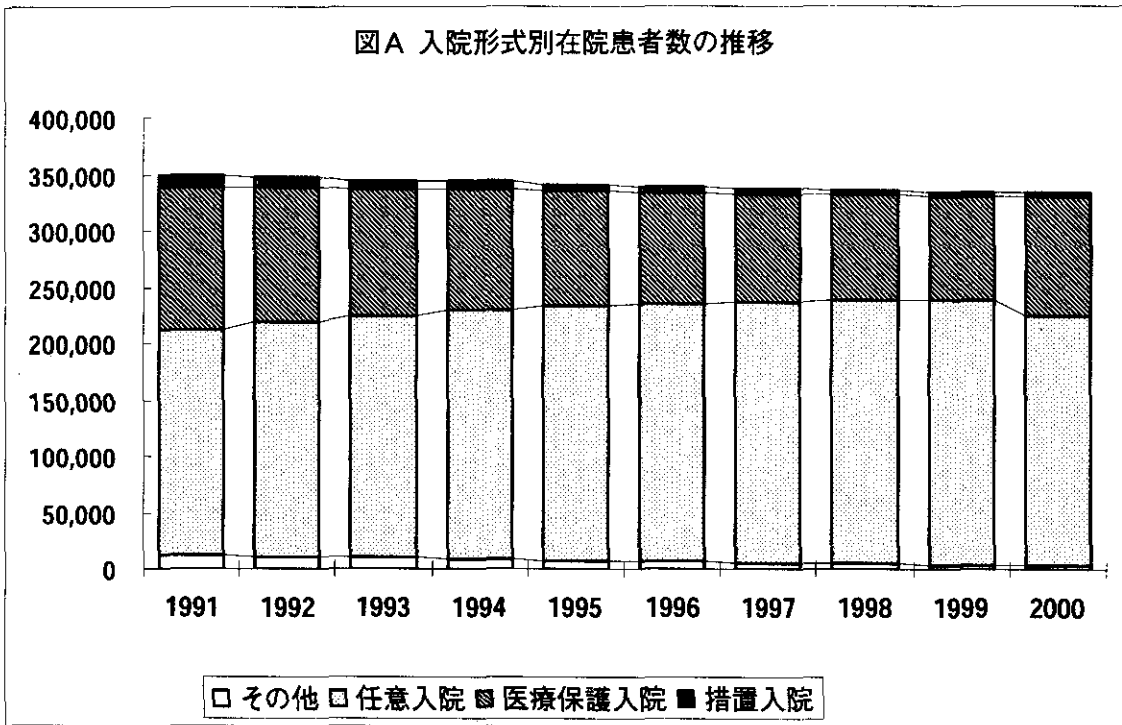
いずれにしても、退院請求等の年間審査件数は、非自発入院患者の1.2%をようやく超えたところである。わが国の精神科病院の平均病床数は約250床、非自発入院患者の比率は約3分の1であるから、わが国では、平均すると1つの精神科病院から1年間に約1.4件の退院等の請求がなされ、そのうちの約1件が審査に付されているということになる。

この頻度を高いと見るか低いと見るか、国際比較のデータがないので即断はできないが、少なくとも、自分の意志で入院しているわけではない在院患者の中で、退院や処遇の改善を希望している人々がこの程度しか存在しないとは考え難い。何か理由があって、退院請求等の審査にまでこぎつけられないと考えるのが自然であろう。

(2) 地域格差と病院格差

さらに、退院請求等の審査件数やその在院患者に対する比率（審査頻度）に著しい格差があることは、図2および図7に示した。今回はデータを示さなかったが、この格差は、同一自治体内の病院間でも見られる。そして、医療スタッフが乏しく、平均在院日数の長い病院ほど、退院や処遇改善の請求が上がってこない傾向が見られている。

すなわち、入院患者からの不服請求が少ないのは、患者が現在の入院治療に満足しているためではなく、患者の声外部に届かないため、あるいは、病院内外で情報の流通が不十分であるためなのである。この



不透明性が、精神科病院における人権侵害事件や不祥事件の素地となっていることは、先に述べたとおりである。

(3) 審査会制度への信頼度

精神医療審査会制度に対する信頼度を日仏で比較調査したところ、フランスの精神科医の半数近く(46.2%)が現状の審査会