

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

入院中の精神障害者の人権確保に関する研究 報告書

平成15年4月

主任研究者 浅井 那彦

医療法人静和会 浅井病院

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

入院中の精神障害者の人権確保に関する研究 報告書

主任研究者

浅井 邦彦（医療法人静和会浅井病院）

分担研究者

伊藤 哲寛（北海道立精神保健福祉センター）

五十嵐良雄（医療法人全和会秩父中央病院）

山崎 敏雄（医療法人雄心会山崎病院）

八田耕太郎（順天堂大学医学部）

山本 輝之（帝京大学法学部）

目 次

I. 総括研究報告書

- 入院中の精神障害者の人権確保に関する研究…………… 7
主任研究者 浅井邦彦（医療法人静和会浅井病院）

II. 分担研究報告書

1. 精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究…………… 25
分担研究者 伊藤哲寛（北海道立精神保健福祉センター）
研究協力者 大原美知子 川副泰成、小林信子、里見和夫、白石弘巳
平田豊明、山角 駿
2. 精神科病院における危機管理と権利擁護のあり方に関する研究…………… 55
分担研究者 五十嵐良雄（医療法人全和会秩父中央病院）
研究協力者 直江寿一郎、森 一也、渡部 康、佐久間 啓、浅岡秀男
南良 武、上村神一郎、佐々木裕光、中川龍治、古谷和久
3. 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…………… 115
分担研究者 山崎敏雄（医療法人雄心会山崎病院）
研究協力者 浅井邦彦、中島豊爾、猪俣好正、永野貫太郎、後藤雅博
林 一好、斉藤昌治、平田豊明、里見和夫、三木恵美子
下野正健、三脇康生、田原明夫、八尋光秀、弟子丸元紀
4. 臨床薬理的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保…………… 135
—薬物治療反応性に基づく治癒過程の類型化と行動制限に関する研究—
分担研究者 八田耕太郎（順天堂大学医学部）
研究協力者 高橋丈夫、檀原 暢、堤 祐一郎、中村裕之
西村秋生、長谷川幸雄、松崎一葉
5. 精神障害者の隔離・拘束・移送と人権の擁護に関する研究…………… 146
分担研究者 山本輝之（帝京大学法学部）
研究協力者 益子 茂、白石弘巳、町野 朔、辻 伸行
近藤和哉、東 雪見

I. 総括研究報告書

平成14年度厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）
総括研究報告書

「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」

主任研究者：浅井邦彦（医療法人静和会浅井病院理事長・院長）

研究要旨：

精神科病院へ入院中の精神障害者の人権確保は、現在の精神科医療を適正なものとする上で最も重要な研究課題である。平成13年度から3ヶ年計画でスタートした本研究では、情報公開と人権擁護という視点からこの問題に取り組み、“精神病院情報公開法”の策定など国の施策展開を求める方向での研究を更に進めることとしている。

また精神科病院における危機管理と権利擁護を進めるには、弁護士などの第三者を含めた人権擁護委員会を設置することが必要であることを実証し、米国の専門家との討論から、今後の課題を検討した。

非自発的に入院した精神障害者の人権擁護機関である精神医療審査会は、その機能や実績で全国格差が著しい。審査会をより活性化し、地域格差を是正するために調査・研究活動を行った。審査会の事務局が、平成14年4月より精神保健福祉センターへ移行したが、その活動に役立つ精神医療審査会事務局運営マニュアルを作成し、厚生労働省へ提言した。今後は、審査会活動の評価機構の創設などを目指した研究活動を継続して行く。

臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保の研究では、精神分裂病の治癒過程の類型化を行い、その類型別に患者が保護されるべき期間の特定化を試み、その際行われる行動制限の適正なモデルの提示を行うことを目的とし、前向き研究による類型化（治療反応良好群、不良群）を行い、検討した。

今回の法改正で新たに法制化された「移送制度」、とりわけ医療保護入院のための移送制度の問題点を法的、医療的観点から検討し、いくつかの問題点を指摘し、改善を求めた。隔離・拘束・移送と人権の擁護に関して、法的および医療的視点から、平成14年度はカナダの精神障害者に対する処遇制度とわが国の比較研究を行った。

平成15年度には、法改正に際しての具体的提言をまとめることとしている。

分担研究者

伊藤 哲寛

（北海道立精神保健福祉センター所長）

五十嵐良雄

（医療法人全和会秩父中央病院

理事長・院長）

山崎 敏雄

（医療法人雄心会山崎病院理事長）

八田耕太郎

（順天堂大学医学部精神医学講座講師）

山本 輝之

（帝京大学法学部刑事法助教授）

A. 研究目的

平成12年度より施行された改正・精神保健福祉法では、精神障害者の人権の確保をより一層進めることが求められている。しかし、最近でも、精神科病院における事件報道などがあり、わが国の精神科病院の密室性に起因する不祥事件があとを断たない。

こうした背景のもとに「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」を平成13年度から3ヵ年計画でスタートさせることにより、これらの問題に対して多面的検討を加える実証的研究を実施し、平成15年度には、その成果に基づいて次回の精神保健福祉法改正等に反映出来る具体的な提言を行うことを目的の1つとしている。

以下、各分担研究者の報告に基づいて本研究の概要を述べる。

【1】精神科医療における情報開示と

人権擁護（分担研究：伊藤哲寛）

医療を受けるものが医療機関に関する情報を知ることができる仕組みを作ることは、適正な医療を受ける患者の権利、効率的な医療提供、医療への国民の信頼性確保という観点から極めて重要である。情報公開によってその透明性を高めることは、入院患者の人権擁護という観点からも重要である。

精神科医療機関の情報を公開し、精神病院の透明化を図る仕組みについて研究することは、精神科医療の質の向上、患者の人権擁護、精神科医療の信頼性確保にとって欠かせないものであり、ひいては医療へのアクセスをより容易にし、早期治療、通院確保、再発の防止にも資すると考えられる。

本研究は、平成13年度に引き続き、精神

科医療機関情報をどのように公開していくべきかを多角的に探り、公開促進のための具体的な提案をしていこうとするものである。

【2】精神科病院における危機管理と人権擁護のあり方に関する研究

（分担研究：五十嵐良雄）

昨今のマスコミによる報道で医療機関の医療事故をはじめとする危機の管理体制の不十分さが取り上げられている。医療機関においては単に事故を報告し記録するだけではなく、事故が起こることは必然であるとの認識を出発点とし、いかに事故を防止するかの方策を検討する事故防止検討委員会の設置が求められている。しかし、国民の目から見ると単に委員会を設置し問題を検討することでことたれりとするのではなく、そこで重要な点は医療機関における透明性（トランスペアレンシー）を保つことと、何かことがあったときの説明責任（アカウントビリティ）を保証することであろう。精神科医療においても医療事故に関する同様の課題はあるが、他方で精神科固有の課題として患者とりわけ入院患者に対する不当な扱いをはじめとする不祥事が跡を絶たない。これは患者の立場から考えれば権利擁護（アドボカシー）としてとらえることが出来るが、一方で病院管理の立場からは危機管理（リスクマネジメント）の一部として位置づけられる。権利擁護は特に人権に関して敏感であるべき精神科医療にあっても、これまで触れることがなかなか困難であった問題でもある。しかし、これからの精神科医療に求められる要素とし

て、精神科医療の透明性を保証する重要な要素である権利擁護は是非確立しておかなければならないシステムである。このような状況の中で、患者の権利擁護を行わないことは病院管理の立場からみると、危機（リスク）と考える視点が重要であると考えられる。

以上の背景をふまえ、精神科病院における危機管理の在り方を検討する中で、患者の権利擁護をどのように保証するかのシステムの構築を本研究の目的とする。

【3】 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：山崎敏雄）

精神医療審査会（以下「審査会」）制度は、精神科入院患者が退院および処遇改善を請求する権利と適正な医療を受ける権利を保障するために、創設され運用されている制度である。

平成14年度から、審査会事務局機能の強化を目指して、事務局機能が精神保健福祉センターに移管された。精神科ユーザーや一般市民の間で患者の権利擁護や関連機関の情報公開のニーズが高まりつつある現在、精神医療審査会の活動にも、今後ますます透明性が求められ、活動性に乏しい審査会は社会的批判を浴びることとなる。

このような趨勢に鑑みて、審査会機能の活性化と地域格差の是正のために、（1）各地の審査会活動の指標となる年次活動報告書の様式と内容を調査し、一定のモデル案を提示すること、（2）各審査会活動の過程で問題となった事例を収集し、審査会制度の限界や問題点を分析すること、を目

的として本研究は行われた。本研究の成果が、法改正をも含めた審査会制度の改善、ひいては、わが国の精神保健福祉の水準向上に資することを期待するものである。

【4】 臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保

—薬物治療反応性に基づく治療過程の類型化と行動制限に関する研究—

（分担研究：八田耕太郎）

最近の精神科病院における不祥事件により、行動制限が必ずしも適正に行われていない実態が明るみになった。このため精神科医療の人権感覚への不信感が社会一般に存在するといっても過言ではない状況にある。これに対して治療行為の一環としての行動制限に関する説明を社会一般に行う責務があるが、その際、実証的な論拠が未だ十分とはいえない。その最大の理由として治療過程に関する臨床薬理学的視点からの検証の乏しさが挙げられる。このような背景から、本研究では次の3点を目的とした。まず、統合失調症の新入院患者の治療過程を解析し、その類型化を試みる。次に、明らかにされた治療過程の類型別に、患者が保護されるべき期間の特定を試みる。さらに、その際に行われる行動制限の適正なモデルの提示を行う。このような臨床的、科学的根拠に基づく治療過程と行動制限のモデルの提示は、法的な行動制限に関する規定あるいは精神科医療に対する医療経済的検討における根拠となりうる。そしてこのような作業を行って初めて、人権保護の議論に科学的概念を導入することが可能となり、臨床的視点と法的あるいは倫理的視点

の適切な照合の方策が拓かれる。

今年度は、前年度に後ろ向き研究デザインによって示された初発の統合失調症患者における初回入院時の寛解過程の類型化および寛解過程の類型別の保護されるべき期間の特定について、前向き研究デザインによって検証した。

【5】精神障害者の隔離・拘束・移送と 人権の擁護（分担研究：山本輝之）

精神障害者に医療、ケアを行うにあたって、彼に対して身体拘束、治療の強制を行うことがどの範囲で可能か、またそれが許される法的根拠はどこにあるのかという、本研究の主要なテーマについて、説得力のある具体的な提言を行うためには、諸外国の法制度を調査、研究することが不可欠である。そこで、本年は、そのための基礎的な作業として、カナダにおける精神障害者に対する処遇制度について、調査、研究し、わが国の制度との相違、その問題点などについて考察を行った。カナダの法制度は、その国家の成り立ちおよび地理的条件から、イギリス法とアメリカ法との双方を調和させて作られている。そのため、カナダの法制度を研究することは、イギリス、アメリカの法制度を理解するうえで、きわめて有意義である。

B. 研究方法

【1】精神科医療における情報開示と人権 擁護

1) アンケート調査の対象

(ア) 全国の都道府県・政令指定都市の精神医療審査会委員（875名）。

(イ) 全国の都道府県・政令指定都市の精神保健福祉センター長(61名)。

(ウ) 全国の新聞社・テレビ局の編集長または編成局長（238名）。

(エ) 衆議院・参議院厚生労働委員会委員（70名）。

2) アンケート調査の内容

アンケートの内容は「精神科医療機関の情報公開の現状」「その必要性和進め方」「公開すべき項目と具体的な公開方法」「情報公開に関するガイドラインの必要性」などについて意見を求めるもので、単一選択、複数選択、または自由記述で回答してもらった。

平成13年度研究と同一の設問もあるが、より具体的な内容と方法を問う形にした。全部で10設問からなり、このうち問1「精神科医療機関情報の公開の現状認識について」、問2「精神科特有の情報（閉鎖病棟、保護室、非自発的入院、行動制限など）の扱いについて」、問4「医療事故の公開について」、問5「精神保健福祉法に情報公開規定を設けることについて」、問6「内部告発者保護規定の必要性について」、問7「情報公開のガイドラインの必要性について」が今年度新たに設けたあるいは内容を変えた設問である。

また、問8では、医療機関情報を「規模・構造」「職員配置」「診療状況」「診療結果」「快適性・サービス、安全管理」「立ち入り検査・実地指導の結果」「行動制限」の8群に分け、それぞれの群に属する代表的な2~7の情報項目、総計29項目を提示し、項目ごとに「広く情報提供」、「申請に応じて個別に判断して開示」「公開は不適當」、「どちらとも言えない」から適切と思われるものを選択させた。

なお、問3、問5、問6、問7ではその他の意見を自由記述式に、問9には問8で例示した項目以外に追加すべきものを記載、さらに、問10では精神科医療機関情報の公開に関する全般的な意見を記載させた。

3) アンケートの回収・集計・分析

研究結果を回答者に報告するために記名回答としたが、回答者のプライバシーに配慮して、個人データを含む回答票は委託した入力・集計担当者が管理し、分担研究者・研究協力者は集計後の対象群別・設問別集計結果に基づいて分析と考察を行った。また、自由意見・参考意見についても個人名が特定できない形でまとめた。

なお、アンケート回収率がもっとも高かった精神医療審査会委員については審査会委員全体を一群として評価するのではなく、委員の立場によって、医療委員、弁護士委員、その他の法律家委員、専門家有識者委員、その他有識者委員の5群に細分し、これにセンター長、編集局長等の2群を加え、全部で7群として解析した。解析にはSPSS(Version11)を使用し、ピアソンの χ^2 検定を行った。

なお、衆議院・参議院の厚生労働委員会委員からの回答が9件のみであったので集計・解析の対象から除外した。

4) 公開フォーラムの開催

昨年度の研究に引き続き、さまざまな立場の関係者から意見を求めると同時に、この問題の重要性を多くの関係者に知ってもらうために、平成15年1月25日(土)、全共連ビル(東京)において公開フォーラム「どう進めるか、精神科病院の情報公開」を開催した。

このフォーラムの成果については、小冊子「公開フォーラム『どう進めるか、精神科病院の情報公開』報告書」を作成した。

(倫理面への配慮)

本研究では、調査回答票に患者や特定病院の個別情報は含まれないが、記名回答としたので回答者の個人情報や思想・信条が含まれるため、回答者が特定されないように配慮した。

【2】精神科病院における危機管理と人権擁護のあり方に関する研究

1. 人権擁護委員会の実施

研究協力者の属する各病院において人権擁護委員会を組織した。研究班で定めたインシデントレポートの書式によってインシデントが委員会にあげ、その内容を検討し対策を立てた。平成13年10月11日の班会議において委員会のデモンストレーションを行った際の模様を記録したビデオを各病院に配布し、委員会実施の助けとした。患者の権利(大阪府版)と義務に関するお知らせ(大阪精神病院協会版)を各病院に配布し、病棟に掲示した。又同時に、入院患者からの意見を集めるための意見箱を設置した。

平成13年度においては予備研究として各病院とも1病棟を選択し、平成14年1月から3月の3ヶ月間実施した。平成14年度は全病棟におこなうこととし、平成14年6月より1ヶ月に1回の割合で委員会を開催した。平成14年5月の委員会開始前と開始3ヶ月後の平成14年9月に病棟職員に対するアンケート調査を実施し、職員の意

識の変化に対する効果を判定した。

2. 人権擁護委員会に提出されたケースレポートの分類

平成 13 年度における委員会の試行を行った 3 ヶ月間および平成 15 年 6 月～8 月の 3 ヶ月間、合計 6 ヶ月間に提出されたケースレポートを項目、内容別に分類し解析した。

3. 平成 15 年 3 月に各地区のペアとなった研究施設間での相互訪問を実施し、委員会に参加してチェックリストを用いて委員会の実施状況を客観的に把握することを試みた。

4. 人権に関する法的根拠の検証

研究協力者の中の法律家による日本における人権の法的な考え方について専門的な立場から資料を用いて教育的講演を実施し、法的な考え方を学んだ。

5. 海外の研究者の招聘

Harvard 大学精神科の Schouten 教授を平成 15 年 8 月 20 日から 9 月 2 日まで日本に招聘し、日本の精神科病院の視察を通して米国における病院内の人権擁護からみて、本研究会の意図するところを検証するための会議を開催した。あさかホスピタル、さっぽろ香雪病院 を訪問し、関係職員を対象とした講演を行なうとともに実施されている委員会に対し助言を行った。

【3】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

1. 各審査会の年次報告書もしくは全体会議資料を収集し、その様式や内容を比較分析した。分析結果に基づいて、年次活動報告書のモデル案を提示した。

2. 各審査会事務局から審査会活動の中で問題となった事例を所定の様式で提示してもらった。報告者の意見を出発点とし、研究協力員の討論を通じて、審査会制度の限界や問題点を指摘した。

問題事例の収集と分析に際しては、個人情報管理には厳重に注意し、報告書への掲載に際しては、個人が特定されないことがないように十分な配慮を加えた。

【4】臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保

—薬物治療反応性に基づく治療過程の類型化と行動制限に関する研究—

平成 14 年度は、症例対照研究を前向きデザインで行った。対象は、H13 年 10 月 1 日～H14 年 3 月 31 日の 6 ヶ月間に、北里大学東病院 N1 病棟に新規入院した 60 歳未満の患者のうち、ICD-10 (World Health Organization, 1992) の統合失調症、分裂病型障害および妄想性障害 (F2) の基準を満たす者とした。ただし精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F1) が併存する患者は除外した。また、薬剤を必要量使用できない程度の身体疾患 (呼吸・循環・肝機能・腎機能など) を合併した患者も除外した。さらに、すべて初発で、治療開始時に陽性・陰性症状評価尺度 (PANSS: Key, S.R. et al, 1991) の 7 つの陽性症状評価項目のうち少なくとも 1 つが中等度以上 (4 点以上) の重症度を呈した症例に限定した。

まず基準を満たす患者あるいは保護者からインフォームド・コンセントを得た上で、性別、年齢、罹病期間、身長、体重、機能

の全体的評価尺度 (GAF) の評点を記録した。

精神症状の評価は PANSS を用い、7 段階評価した。前年度研究結果に基づき、患者を治療反応良好予測群、それ以外を治療反応不良予測群として 2 つに群別し、8 週間にわたって毎週評価した PANSS 評点の推移を比較した。

隔離・身体拘束は、その制限の強さに応じて点数化し、7 段階評価した。

薬物療法は、risperidone (RIS, 抗精神病効果) は 1~12mg、levomepromazine (LPZ, 鎮静効果) は 0~200mg の範囲で初期設定を行い、必要に応じてこの範囲の用量で増減した。睡眠薬および抗パ剤以外の中枢神経薬は併用しないこととした。非経口的な鎮静処置は制限しないがその内容は明記した。2 週間経過して全く改善が認められない場合、RIS を olanzapine 0~20mg に置換した。その上でさらに 2 週間経過して全く改善が認められない場合、olanzapine を zotepine に置換した。この際、CBZ の併用を可とした。

8 週間経過した時点で GAF を記録し、最終的な入院日数も記録した。

連続変数の比較には t 検定を用い、必要に応じて Welch 補正を行った。2 群の標準偏差に有意差がある場合は、Mann-Whitney 検定を用いた。2 群間の PANSS 評点の推移を比較するために、繰り返し測定分散分析を用い、時間点ごとの比較には Scheffe 検定を用いた。すべて両側検定を行い、p 値が 0.05 未満の場合に有意な差があるとみなした。

(倫理面への配慮)

平成 14 年度の本研究は通常の診療行為の範囲内であるが前向き研究デザインであることから、北里大学医学部・病院倫理委員会に研究計画について予め審査を受け承認された。患者あるいは保護者からインフォームド・コンセントを得た。

【5】精神障害者の隔離・拘束・移送と人権の擁護

カナダの法律、学術論文について文献調査を行い、また、実際にカナダ・モントリオールに行き、精神医療施設における精神障害者の処遇について現地調査を行うとともに、法学者、精神医療関係者とディスカッションを行い、カナダの法制度とわが国のそれとの相違、それぞれが抱えている問題などについて意見交換を行った。

C. D. 研究結果と考察

【1】精神科医療における情報開示と人権擁護

精神科医療の情報公開の進め方を研究するために、精神医療審査会委員、精神保健福祉センター長、報道機関編集局長 (編成局長)、厚生労働委員を対象にアンケート調査を行い、併せて「どう進めるか、精神科病院の情報公開」を主題とする公開フォーラムを開催した。

その結果、回答者やフォーラム参加者の大部分が精神科医療機関情報の公開が不十分と認識しており、情報公開のためのガイドラインが必要であると考えていた。

回答者の多くは、精神科医療機関の情報のうち、「構造や職員に関する情報」、さ

らに外来数、入院形態別患者数、退院患者数など「治療過程や結果に関する情報」、「快適性と安全管理に関する情報」は広く一般に情報提供されるべきだとしていた。

しかし、隔離・拘束患者数や電気けいれん療法などの「診療の状況に関する情報」や死亡退院・医療事故などの「診療結果に関する情報」の扱いに関しては意見が分かれた。

医療委員やセンター長が自主的公開を優先する傾向があるのに対して、報道機関編集局長等や精神医療審査会弁護士委員は公開の法定化、義務化、市民団体の関与を重視していた。情報公開の主たる目的を規制緩和や市場原理による医療の質の向上という側面に置くのか、利用者の知る権利や適正な医療を受ける権利の保障という側面に置くのかによって意見が相違すると思われる。

しかし、回答者の多くは二者択一に情報公開を進めるのではなく、行政主導の情報公開と医療提供者による自主的情報公開を同時並行的に進めるべきと考えていた。

重大な医療事故に関する情報のあり方や内部告発者保護制度の導入については、精神科独自の規定とするのか、医療法での規定するのかで意見が分かれたが、その必要性を否定する意見は少なかった。消費者保護のための公益通報者保護制度の検討が進んでいるが、精神保健福祉の領域への導入も検討されべきであろう。

精神科医療の情報公開を進めるためには、単一の手法でなく多様なアプローチが必要である。情報公開のあり方の全体を整理するために、本文の最後に「精神科病院情報

の公開を促進させるための基本的な枠組みについて(案)」を添付した。

【2】精神科病院における危機管理と人権擁護のあり方に関する研究

1. 人権擁護委員会の実施

平成14年6月より1ヶ月に1回の割合で委員会を開催した。平成14年5月の委員会開始前と開始3ヶ月後の平成14年9月に病棟職員に対するアンケート調査を実施し、職員の意識の変化に対する効果を判定した。その結果は、①人権擁護委員会開始後も「人権擁護に関して改善すべき点がある」と考えている職員が多い、②人権擁護委員会開始後には「人権に関する話題」が増え、「人権擁護に注意を払う」職員が増えた、しかし③「人権擁護委員会だけでは変化は期待できない」という職員が増え、人権擁護委員会は職員の意識を高めることには一定の効果はもたらずが、人権擁護に関しては情報の公開などの今後のあり方を問うものであるといえる。

2. 人権擁護委員会に提出されたケースレポートの分類

平成13年度における委員会の試行を行なった3ヶ月間および平成15年6月～8月の3ヶ月間、合計6ヶ月間に委員会に提出されたケースレポートを項目、内容別に分類し解析した。レポートの内容を吟味し、領域毎に分類した結果、環境などにかかわるものが25件、日常生活等にかかわるものが22件と多かった。

さらに、レポートの内容からみて病院毎に人権擁護にかかわる内容、サービス向上にかかわる内容、以上のどちらにもかかわ

る内容、いずれにも属さない内容の4群に別けた。その結果、病院による差が大きく100%人権にかかわる内容であったのが2病院、サービス向上にかかわる内容が6割を超える病院が2病院、その他の4病院は人権にかかわる内容が3~4割台であった。

3. 全病棟において約10ヶ月にわたる人権擁護委員会が実施された平成15年3月に各地区でペアとなった研究施設間での相互訪問を実施し、委員会に参加して資料3に示すチェックリストを用いて委員会の実施状況を客観的に把握することを試みた。結果は現在集計中であり、次年度において報告する。

4. 人権に関する法的根拠の検証

研究協力者の中の法律家によって専門的な立場から、憲法における基本的人権の考え方についての教育的講演を実施し法的な考え方を学ぶとともに、精神障害者の人権擁護に関して研究協力者相互の意見を交換した。

5. 海外の研究者の招聘

Harvard大学精神科のSchouten教授を平成15年8月20日から9月2日まで日本に招聘し、あさかホスピタル、さっぽろ香雪病院の視察を通して米国における病院内の人権擁護からみて、本研究会の意図するところを検証するための講演会をそれぞれで開催した。

研究途上であるが、いくつかの結果が得られた。第一には、人権に関する考え方により人権擁護委員会で扱うケースに大きな違いが生じる可能性がある点である。単なるサービス向上と人権擁護とは一線を画するものであるため、その点を意識した委員

会運営のためのマニュアルが必要と考えられた。

第二には、委員会の存在によって職員の人権に関する意識の向上は見られるが、今後は委員会で検討された結果の公開などを通じて、より確実な人権確保をおこなうことが重要なテーマであると考えられた。

【3】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

1. 審査会活動報告書の作成意義

報告書作成の第一の意義は、同じ審査会に属する合議体間における審査基準や実務的申し合わせ事項の格差を相互点検し解消することである。

各審査会の活動を自己評価し相互点検するための情報を提供することが、報告書作成の第二の意義である。

今後は、精神科ユーザー団体や一般市民から審査会活動に関する情報の開示を求められる機会が増えるものと予測されるが、審査会活動の透明性を高め、活性化を図るためには、開示に耐えうる活動報告書が作成されなくてはならない。これが、報告書作成の第三の意義である。

2. 審査会活動報告書のモデル案

以上の観点に立って、個人情報保護を確保しつつ外部からの情報開示請求にも耐えうる活動報告書のモデルを提示してみたい。

- (1) 審査会委員名簿
- (2) 合議体と全体会の開催日
- (3) 書類審査
- (4) 退院請求等の審査
- (5) 全体会での討議事項

(6) 申し合わせ事項

(7) 参考資料の添付

3. 問題事例群が提起する制度的問題

(1) 医療と司法の役割分担に関わる問題

(2) 医療保護入院制度に関わる問題

(3) 審査会制度に関わる問題

精神医療審査会には、入院の適法性を審査する裁定機能と治療や処遇の臨床的・倫理的妥当性を審議する調整機能の二つの機能があるとされる。イギリスでは、二つの機能が精神保健裁判所 (Tribunal) と精神保健委員会 (Commission) に分割されている。フランスでは、県委員会 (commission departementale) が二つの機能を担っている。わが国の審査会制度はフランスに近いが、調整機能には大きな隔たりがある。

わが国の精神医療審査会がもつ調整機能は、裁定機能と異なり、法に明文化された機能ではない。しかし、処遇改善請求の審査は、白か黒かを判定するものではなく、病院の治療方針や処遇内容に関して、きめの細かい助言や提案を含ませることが可能である。退院請求も、通常は処遇に対する不満が背景となっており、たとえ退院請求を却下するにしても、付帯意見の形で病院に処遇改善を勧告することはできる。さらに、治療内容への介入は、医療者によるピアレビュー (同僚審査) の機会ともなりうる。

このように、精神医療審査会の調整機能が活発になれば、精神科における入院治療の透明性を高めるとともに、治療内容の標準化や処遇の水準向上に資することもできると思われる。ただし、医療委員が他の委員に精神科医療に関する情報を誠実に伝え

ることと、非医療委員が積極的に病院に赴き、居住環境をつぶさに観察し、非医療者の視点で率直にコメントすることが不可欠の前提条件である。

【4】臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保

—薬物治療反応性に基づく治療過程の類型化と行動制限に関する研究—

急性統合失調症患者の治療反応性あるいは改善経過の予測は、治療開始時の疎通性の障害の程度、治療開始後1週間の興奮の減少の程度、治療開始後2週間後の判断力と病識の欠如および妄想の改善の程度から行いうる可能性が示唆される。さらに、治療反応良好予測群において判断力と病識の欠如が最終的に有意な改善を示した週数が6週であったことは、臨床薬理学的に、必要なら6週間程度は入院期間が保証されるべきであることを示唆している。治療反応良好予測群において妄想も同様の改善経過を辿ったことから、必要に応じて6週間程度の入院期間を保証することの妥当性が示唆される。また、治療反応良好予測群は、隔離の開放観察や身体拘束の時間的中断といった制限の弱い状況を含めても、最長で入院第9病日までであったが、治療反応不良予測群では長期化する例が多少存在した。この結果は、治療反応性という臨床薬理学的な尺度を用いた隔離・身体拘束の必要期間の予測可能性を示唆している。

以上、前年度に後ろ向き研究によって示唆された結論が今年度前向きに検証され、ほぼ同様の結果が得られたことにより実証水準を上げることができた。

【5】精神障害者の隔離・拘束・移送と 人権の擁護

I. 一般の精神障害者に対する強制処分

ケベック民法は、一般の精神障害者に対する健康・社会サービス施設 (health or social services institution) への強制収容制度を定めている。これには、精神鑑定を行うために行われるものと、その鑑定の結果に基づいて行われるものがある。

1. 精神鑑定のための強制収容

(1) 裁判所による鑑定命令

裁判所は、医師または利害関係人の申し出により、その者が精神状態のため、自傷または他害のおそれがあると信じるに十分な理由があると判断した場合には、本人の同意なしに、精神鑑定のため、彼を健康・社会サービス施設に一時的に収容することを命じることができる(27 第 1 文)。

(2) 2人の医師による診察

裁判所が鑑定命令を出した場合には、その者に対し、施設収容の時点から、24 時間以内に、まず 1 人目の医師が、診察を行われなければならない (28)。その診察の結果、その医師が収容することが必要であると認めた場合には、さらにもう 1 人の医師により、診察が行われなければならない。2 人の医師による診察の結果、双方が収容が必要であるという意見で一致した場合には、本人の同意および裁判所の許可なしに、その者を 48 時間以内に限り、鑑定を行うため施設に収容することができる (28)。

(3) 鑑定結果の報告

2 人の医師による鑑定結果は、裁判所が鑑定命令を出したときから 7 日以内に、報告書の形式で裁判所に提出されなければな

らない。この報告書は、裁判所の許可がなければ、当事者以外に公開されてはならない (29)。

2. 鑑定の結果に基づく強制収容

(1) 裁判所による収容命令

2 人の医師の鑑定が、収容を必要とすることで一致した場合にのみ、裁判所は、その者について健康・社会サービス施設への収容を許可することができる。(30)。

(2) 収容者への告知

収容者には、その施設から、治療プログラムの内容、その重大な変更、および生活条件の重大な変更について、告知がなされなければならない (31)。

以上の制度は、わが国の措置入院制度と類似しているが、①自傷・他害のおそれのある者について、まず鑑定のための強制収容を行い、さらにその鑑定の結果に基づいて強制収容を行うという二段構えになっていること、②それぞれの強制収容について 2 名の医師の診察と、その意見の一致を要するという厳格な手続きが要件とされていること、③鑑定の結果に基づく強制収容が裁判所の命令によって行われ、その収容の期間も裁判所が決定すること、④診察を行う医師について、特別な資格が必要とされていないことなどの点で、わが国の制度とは異なっている。

II. 触法精神障害者に対する強制処分

1. 訴追

(1) 訴追人

訴追人が、治安判事に対し訴追請求することにより、刑事訴訟手続が開始する。この訴追請求を行った者が、訴追人 (prosecutor) であり、司法長官の代理人

である検察官が介入しない限り、訴追人であり続けると規定されている。検察官には手続に介入する義務はなく、ただ権利を有するだけであるとされている。

(2) 訴追裁量

訴追人は、訴追請求後、正式起訴状が提出されるまで、または略式起訴裁判が開始されるまで、いつでも訴追請求を撤回する裁量権を有している。

2. 鑑定

(1) 訴訟能力、責任能力の概念

裁判所は、訴追された被告人が①訴訟無能力であるか、または②犯罪行為時に、責任無能力であったかを決めるのに証拠が必要であると信ずるに足る合理的な理由がある場合には、職権により、被告人の精神状態の鑑定を命じることができる(672.11)。

責任能力については、「何人も、行為時に精神障害を患っており、そのため、作為もしくは不作為の性質および属性を弁別することができないか、あるいはそれらが悪いものであることを認識することができない間になされた作為もしくは不作為については、刑事上の責任を負わない」と規定されている(16条1項)。

(2) 訴訟能力、責任能力の推定、証明責任

訴訟能力、責任能力については、無能力である可能性が、能力があるという可能性に優越する程度にまで証明され、かつ、裁判所がその優越を確信するまでは、能力があるものと推定される(16条2項、672.22条)。

(3) 鑑定命令

裁判所は、被告人が訴訟無能力であるか、

行為時に責任能力を排除する精神障害を患っていたか決めるために証拠が必要であると考え合理的な根拠がある場合には、訴訟手続きのどの段階においても、職権により被告人の精神鑑定を命じることができる(672.12条(1))。

鑑定命令は、①鑑定の内容、②鑑定を受けるべき人、③鑑定を行う人物または病院、④拘束の必要性、および⑤命令の有効期間(鑑定が行われる場所への移動時間を含む)を特定して出さなければならない(672.13条)。

鑑定のために被告人を拘束(custody)することは、原則としては許されない。だが、裁判所が、証拠または医師(medical practitioner。州により医者の資格を与えられた者をいう。672.1条)の証言に基づいて、拘束することが必要であると認め、かつ被告人がそのことに同意した場合には、拘束することができる(672.16条)。

(4) 鑑定の報告

鑑定が終了した場合、鑑定を行った医師は被告人の精神状態に関する報告書を、その命令を発した裁判所に、指定された期間内に、提出しなければならない。ここでいう医師とは、州法により資格を与えられた医師であることが必要である。裁判所は、遅滞なく、その報告書の写しを、審査委員会、検察官、被告人および被告人の代理人に送付しなければならない(672.2条(3)、(4))。

3. 評決

(1) 訴訟無能力の評決とその効果

予備審問あるいは陪審なし裁判では、すべての証拠を聞いた後、裁判長が被告人の

訴訟能力の有無を決定する (672.27 条)。被告人が訴訟能力を有していると判断された場合には、通常の手続きにより陪審が選任され、罪状認否手続き、予備審問、正式事実審理、その他の通常の手続きが進められることになる (672.28 条)。

(2) 責任無能力の評決とその効果

被告人は犯罪行為を行ったが、その行為時に、刑法 16 条 1 項に規定されている責任能力を排除する精神障害を患っていたと判断した場合には、責任無能力であるという評決を下さなければならない (672.34 条)。

(3) 訴訟無能力、刑事責任無能力の評決が下された者に対する処分の決定

1) 裁判所による処分の決定と審査委員会の審理

裁判所は、その処分を決定するため職権で聴聞会を開くことができる。この聴聞会を開くことを被告人または検察官が請求した場合には、裁判所はそれを開かなければならない (672.45 (1))。

2) 審査委員会による処分の決定

裁判所が、訴訟無能力または責任無能力の評決が下された被告人に対する処分を決定しない場合、審査委員会が、聴聞会を開き、原則として評決が下されたときから 45 日以内に処分を決定しなければならない。 (672.47)。

4. 処分の内容

裁判所または審査委員会は、危険な人物から公共を保護する必要性、被告人の精神状態、被告人の社会への再統合、および被告人のその他の必要性を総合的に考慮して、被告人にとっても、もっとも負担と制限が少ない処分を決定しなければならない

(672.54)。責任無能力の評決を受けた者に対する処分には、1) 無条件釈放、2) 条件付釈放、3) 病院への収容がある。

(672.541)

1) 無条件釈放は、裁判所もしくは審査委員会が、被告人が社会の安全にとって重大な危険性を有していないと判断した場合に、下すことができる。

2) 条件付釈放は、裁判所もしくは審査委員会が適切と考える条件を付けて釈放することである。

3) 病院収容は、裁判所もしくは審査委員会が適切と考える条件を付けて、病院に強制的に収容することである。

4) 治療処分とは、訴訟無能力の評決が下された被告人について、いまだ 2)、3) の処分が決定されていない段階で、医師の証言により、裁判所が治療を行えば訴訟能力が回復する見込みがあると判断した場合に、彼に対し 60 日以内を限度として治療を命じる処分である (672.58)。

5. 審査会による処分の再審査

審査委員会は、前述の①の無条件釈放以外の処分について、その処分がなされた後、12 ヶ月以内に、また、その後処分の有効期間中、12 ヶ月ごとにその処分について審査をしなければならない ((672.81 (1))。

III. 提案されている追加条項

(1) 処分の上限 (Capping of Dispositions) に関する追加条項 (672.64)

1) 犯罪の上限

2) 同一の行為により複数の行為を行った場合の上限

(2) 危険な精神障害者である被告人に関する追加条項 (672.65)

1) 検察官による請求

2) 「危険な精神障害者」の要件

この請求に基づいて、裁判所は、その被告人が、以下の①、②のいずれかの要件に該当すると認めた場合には、彼を危険な精神障害者であると宣言することができる(672.65 (3))。

E. 結論(平成14年度のまとめ)

平成13年度より3ヶ年計画でスタートした「入院中の精神障害者の人権確保に関する研究」は、21世紀の精神科医療を適正なものとする上で最も重要なテーマで構成されている。

実証的研究に基づいて、次期精神保健福祉法改正に際して種々の政策提言を行っていききたい。

2年度の各研究班の研究成果は今後検討すべき重要な方向を明示している。

「精神科医療における情報公開と人権擁護に関する研究」では、アンケート調査の結果、精神科医療機関情報の公開が不十分と認識しており、情報公開のためのガイドラインが必要であると考えていた。

精神科医療の情報公開を進めるためには、単一の手法でなく多様なアプローチが必要であろう。

「精神科病院における危機管理と権利擁護のあり方に関する研究」での検討課題の

第1には、人権に関する考え方により人権擁護委員会で扱うケースに大きな違いが生じる可能性がある点である。単なるサービス向上と人権擁護とは一線を画するものであるため、その点を意識した委員会運営のためのマニュアルが必要と考えられた。

第2には、委員会の存在によって職員の人権に関する意識の向上は見られるが、今後は委員会で検討された結果の公開などを通じて、より確実な人権確保をおこなうことが重要なテーマであると考えられた。次年度はこれらについての検証を行っていく。

「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」では、全国の精神医療審査会事務局に対して、活動報告書等の作成の有無を問うたところ、回答のあった58の審査会中16の審査会では報告書等を作成していなかった。提示された報告書等を項目別に分析した結果、報告書には著しいばらつきのあることが判明した。審査会活動報告書の作成意義について論じた上で、情報開示請求にも耐えうる報告書のモデル案を示した。さらに、各精神医療審査会の活動で問題となった事例に関する調査・分析を行うこと審査会活動の過程で問題となった事例の情報を集約するための書式を作成し、全国の審査会から事例を募った。これらを分析した結果、司法と医療の役割分担、医療保護入院制度、審査会制度にそれぞれ関わる構造的な問題のあることが浮き彫りになった。今後ともさらに事例を集積し、精神保健関連制度の手直しにフィードバックさせる必要があると思われた。

「臨床薬理学的検討に基づく行動制限の適正化と人権確保」では、今年度は前年度研究の予測因子を基に入院時に治療反応良好予測群と不良予測群の2群に分け、8週間の治療経過をPANSSなどで評価して前向きに検証した。その結果、治療反応良好予測群の判断力と病識の欠如の改善は治療開

始 2 週間および 6 週後に有意に認められ、それらは妄想などの改善経過と並行していた。これらの結果から、前年度に示唆された治療反応性に関する予測因子が有用であること、および治療反応良好予測群においてさえ臨床薬理的に、必要なら 6 週間程度の入院期間が保証されるべきであることが示唆された。さらに、これらの改善経過から、治療反応性の予測は、治療開始後 2 週間以内に行いうる可能性が前向きにも示唆された。また、治療反応良好予測群は、隔離の開放観察や身体拘束の時間的中断といった制限の弱い状況を含めても、最長で入院第 9 病日までであったが、治療反応不良予測群では長期化する例が一部存在した。この結果は、治療反応性という臨床薬理的な尺度を用いた隔離・身体拘束の必要期

間の予測可能性を示唆している。次年度は、このように類型化された寛解過程別の行動制限に関する詳細な検証をする必要がある。

「精神障害者の隔離・拘束・移送と人権の擁護に関する研究」では、カナダにおける、精神障害者の処遇についての法制度の枠組みとわが国のそれとの相違、問題点を知ることにより、これを基礎として、次年度において、さらにカナダにおける精神障害者に対する身体拘束、治療の強制などの問題についての法的枠組み、実際の運用などを調査、検討した。さらに次年度では、イギリス、アメリカ合衆国における法制度についても調査、検討を行い、わが国における法制度として、説得力があり、かつ実現可能である具体的なモデルを提示したいと考えている。

Ⅱ. 分担研究報告書