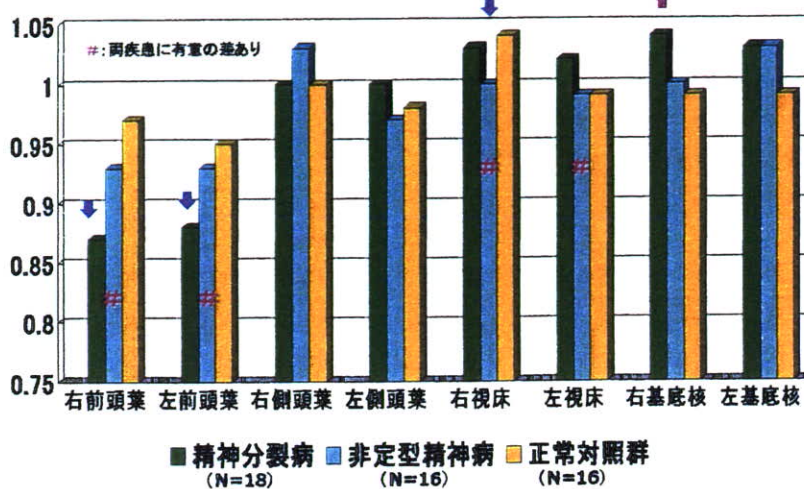
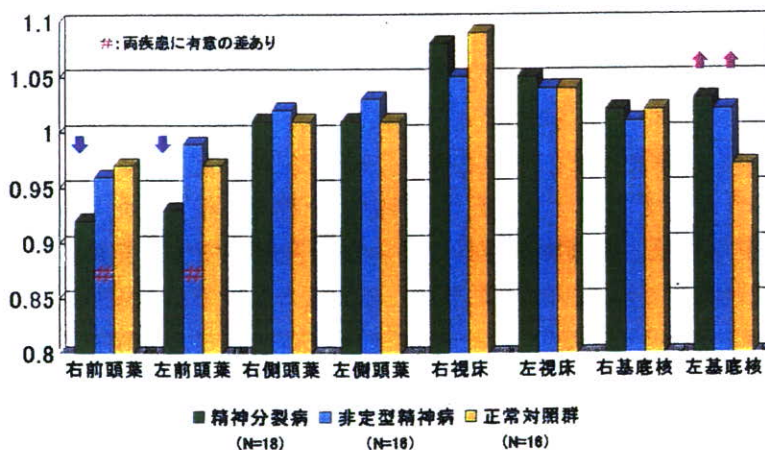


精神分裂病、非定型精神病と対照群との間の 脳局所IMPの集積率の相違 (初期分布像)



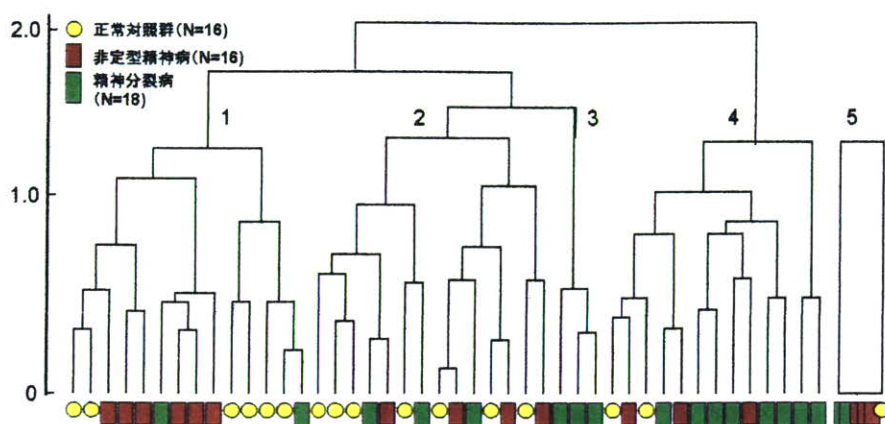
精神分裂病、非定型精神病と対照群との間の 123I-IMPの脳局所集積率の相違 (再分布像)



われわれは、非定型精神病を分裂病とは異なる疾患であるとして、病像や経過の相違によって診断し、2つの疾患群を比較してきました。しかし、非定型精神病的診断が、ややもすれば主観的であるとの批判がなされるのも事実です。そこで、このような批判に答えるためにも、生物学的なデータのみを用いて、すべての症例を機械的に分類し、我々の臨床診断とどの程度に対応しているのかを見てみました。

そこで、我々が行ったのは、主成分分析やクラスター分析を利用した研究です。

SPECTの指数に基づくクラスター分析による 精神病症例と対照群の分類



上図は、SPECT のデータのみからクラスター分析を行なってみたものです。このような分析をしますと、これら 50 名のすべての対象は、5つのグループに分類されました。そこで、各グループの中に含まれる症例を検討しました。すると、3群と4群には、分裂病の多くが集中し、このグループでは両側の前頭葉にIMPの集積低下が認められました。一方、1群と5群には、非定型精神病が主として分布し、右側の視床にIMPの集積比の低下が認められました。このクラスター分析の結果を見ると、我々の臨床診断が、ある程度、画像所見の裏付けを持っていると判断してもよいのではないかと考えられました。

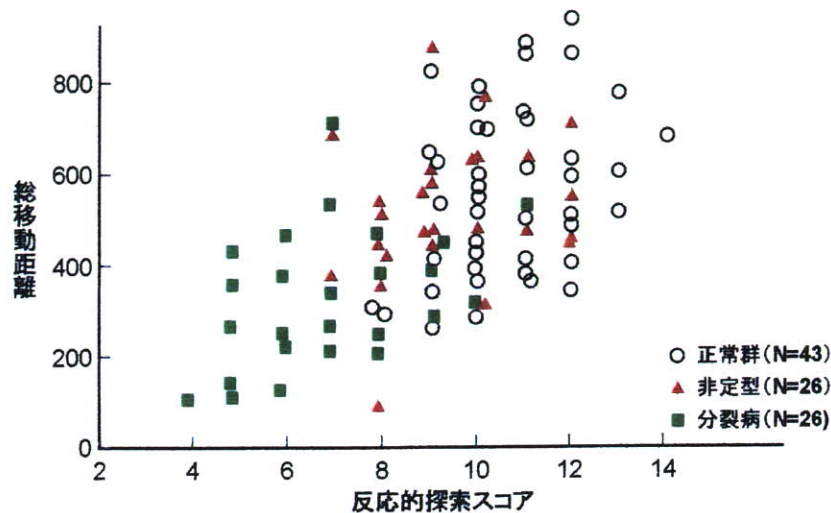
われわれの内因性精神病の研究は、SPECT だけを用いて行っているものではありません。

この研究は、さらに多くの検査手段を用いて行い、SPECT の研究を合わせて、われわれの仮説を検討しようとしているものです。そこで、我々の研究の全貌をご紹介したいと思います。

このスライドに示す散布図は、探索眼球運動を用いた研究結果です。記銘課題での総移動距離を縦軸にとり、比較照合課題での反応的探索スコアを横軸にとって、分裂病 26 名、非定型精神病 26 名、正常対照群 45 名のデータをプロットしています。ここでは、総移動距離が分裂病群においてのみ顕著な低下を示し、反応的探索スコアは分裂病で最も低値を示し、正常対照群が最も高く、これらの中に非定型精神病が位置しております。そして、これらの3群の間には、それぞれ有意の差が認められました。

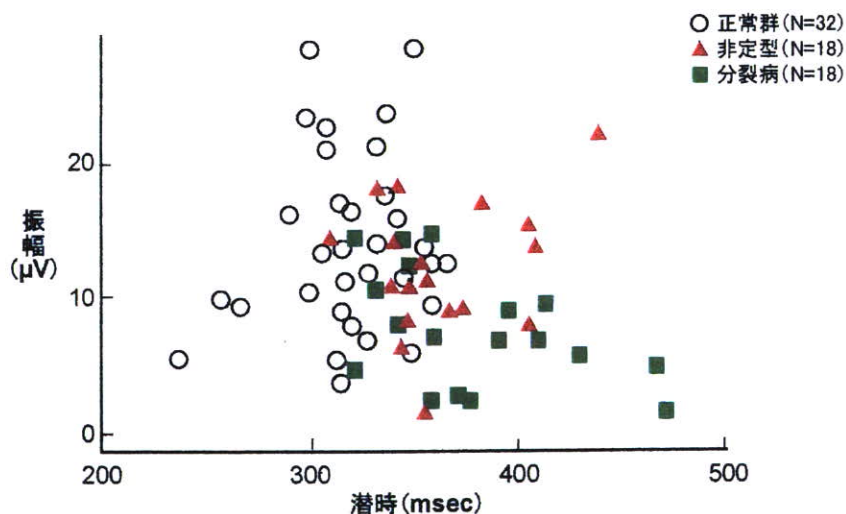
この探索眼球運動の結果は、分裂病と非定型精神病とがきわめて明確に分割され、両疾患の間には認知機能になんらかの差異が存在することは確かのように思われます。

分裂病と非定型精神病の眼球運動所見の相違



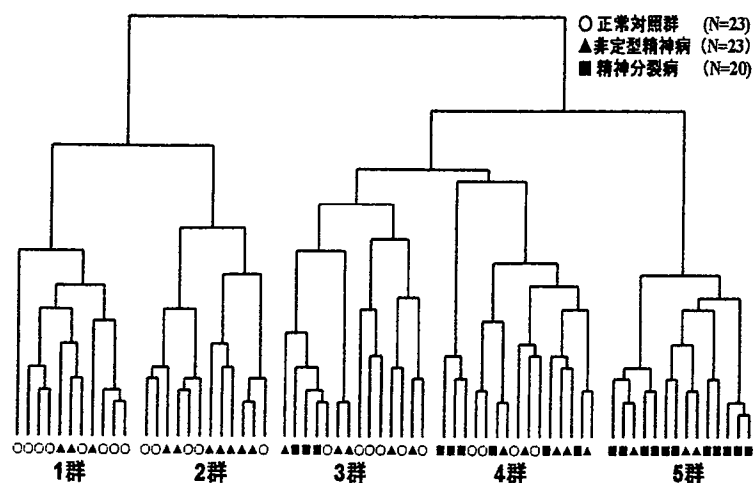
次の図は、Oddball 課題による P300 所見の散布図です。

分裂病と非定型精神病のP300所見の相違



症例は分裂病患者 18 名、非定型精神病患者 19 名、正常対照者 32 名のデータを、縦軸に振幅、横軸に潜時をとって図に示しました。P300 については、これまでも数多くの報告があり、一般的には、分裂病では潜時が延長し、振幅が低下するとされております。我々の結果でも、分裂病は潜時が延長し、振幅が低下するという、これまでの結果を追認するものでした。しかし、非定型精神病では潜時の延長は認めるものの、振幅の低下は認められませんでした。そこで、この図

でも明らかなように、緑色の分裂病と赤色の非定型精神病は、その分布の仕方が顕著に異なっていました。これは、両疾患の病態発生になんらかの相違がある可能性を示唆する所見と考えられます。



精神生理学的指標に基づくクラスター分析の結果

これは、事象関連電位 P300 と眼球運動から得られた所見に基づくクラスター分析の結果です。この2つの検査は、ほぼ同じ時期に、同じ患者さんを対象に行ったため、2つの検査から得られたデータを同時に分析することが出来ました。このスライドで明らかなように、1群から3群までには分裂病は3名しか見られず、4群と5群には正常対照者は4名しか認められませんので、分裂病と正常対象者とは明確に区別されるといえるかと思います。さらに、非定型精神病は2群と3群を中心に分布し、分裂病は4群と5群に主として分布する傾向を示しており、非定型精神病と分裂病は明らかに異なるグループに所属する傾向が認められています。

各グループをさらに詳しく見てみますと、P300 振幅が最も高い値を特徴とする2群は主として非定型精神病が分布し、定型の分裂病は全く認められませんでした。このグループが非定型精神病の中核群と言えるのかもしれません。

次に、MRI を用いた体積測定の結果を紹介します。

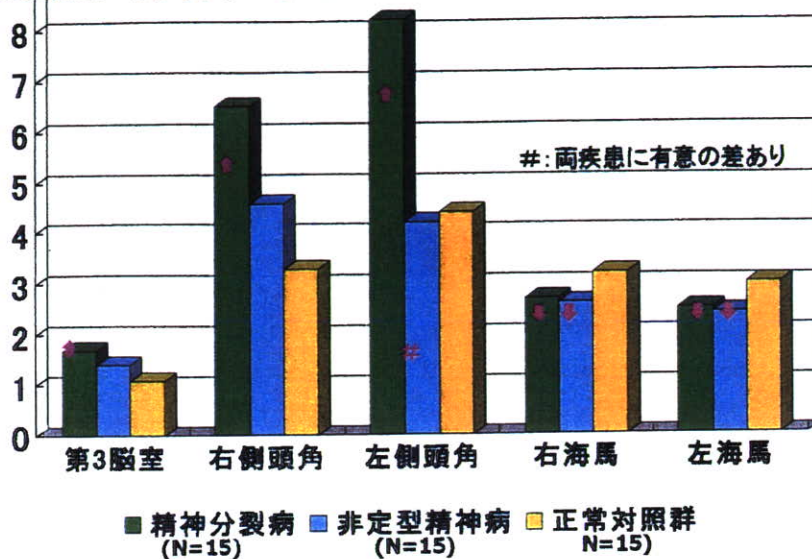
対象は分裂病、非定型精神病、正常群のそれぞれ15名であり、合計45名になります。

この研究では**海馬の体積**が、分裂病にしろ非定型精神病にしろ、ともに顕著に減少していましたが、両疾患の間には差異が認められませんでした。

しかし、**脳室**では、分裂病の方が非定型精神病より顕著な拡大傾向を示し、両側の側脳室下角と第3脳室とでは著しい拡大を認めました。とりわけ、左側の側脳室下角では、分裂病と非定型精神病との間に有意の差異が認められました。

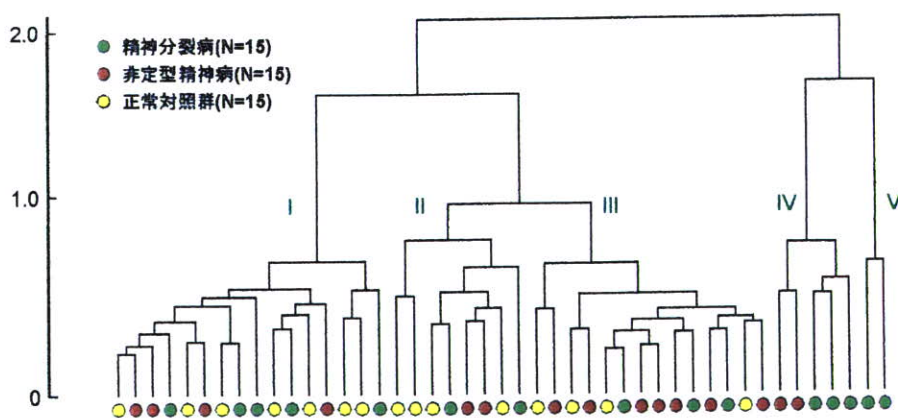
MRIによる体積測定

(前頭部・側頭部・海馬傍回・側脳室前角に差異なし)



引き続き、MRI の各指標に基づいてクラスター分析を行いました。全症例は5つのクラスターに分類され、分裂病は主としてⅣ群とⅤ群に、非定型精神病は主にⅢ群に分布しているように思われます。しかし、分裂病にしろ非定型精神病にしろ、その分布はなお多様であることから、これらが、さらに異なる病因、病態発生に基づく多くの亜型に分類される可能性が考えられます。

MRIの指数に基づくクラスター分析による 精神病症例と対照群の分類



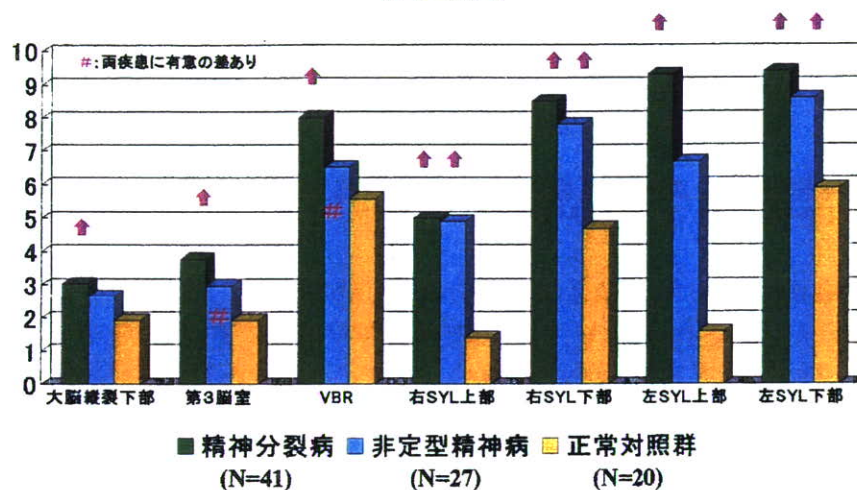
最後に示すデータは、1989年に行ったCTによる分裂病と非定型精神病との比較です。20年近い昔の研究になりましたが、コンピューターの助けを借りながらも、ほとんど手作業で距離と面積を測定致しました。この研究は、我々の研究の原点といえるものであり、ここでご紹介いた

したいと思います。

研究の対象は、分裂病 41 名、非定型精神病 27 名、正常対照群 20 名の合計 88 名です。

結果は、非定型精神病でシルビウス裂の上部などに顕著な開大が認められ、分裂病もまた、前大脳縦裂の下部や側脳室などの多くの部位で著しい開大や拡大が見られました。また、分裂病群と非定型精神病群との間には、第3脳室や側脳室などの脳室所見において有意の差が認められました。

CTにおける面積測定 (1989)



次の図は、総ての患者の CT の各指標間の相関を調べたものです。

全患者におけるCTスキャン指数の間の相関関係

	3-V	VBR	LV-r	LV-l	SF1-r	SF1-l	SF2-r	SF2-l
IHF-1	0.458 ***	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns
3-V		0.339 **	0.385 **	0.428 **	0.336 ***	0.373 ***	0.301 *	0.515 ***
VBR			0.871 ***	0.916 ***	ns	0.332 *	ns	0.330 *
LV-r				0.789 ***	ns	0.386 ***	ns	0.322 *
LV-l					ns	0.267 **	ns	0.414 *
SF1-r						0.698 **	0.313 **	0.303 *
SF1-l							ns	0.271 *
SF2-r								0.642 ***

*p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

ここで注目すべきなのは、各指標で相関していない部位であり、前大脳縦列、側脳室、そして右のシルビウス裂の3指標間で相関が認められませんでした。このことは、この3指標が独立して変化していることを示しており、きわめて大雑把に言えば、分裂病の病巣はこの3箇所にとらわれるかもしれません。そこで私は、分裂病性疾患が3つのグループに分けられる可能性を指摘し、それぞれ、前頭葉型、側脳室型、それに右側頭葉型の亜型を考えたことがあります。

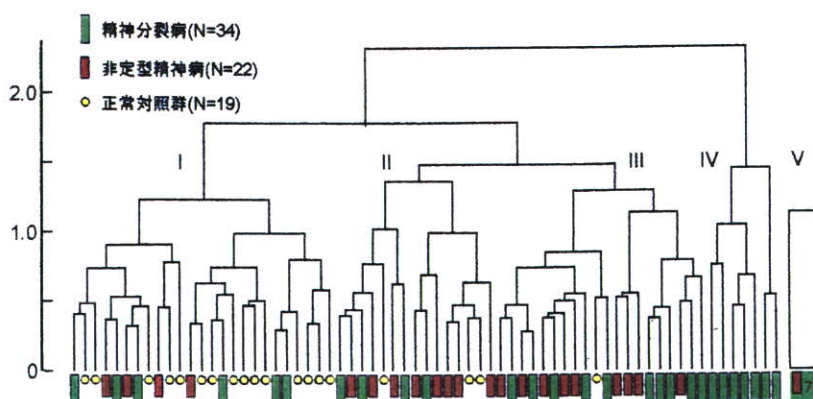
次の図は、CTの各指標と罹病期間の相関を調べたものです。

精神分裂病と非定型精神病の罹病期間とCTスキンの各指数との相関関係

罹病期間	IHF-1	III-V	VBR	LV-r	LV-l	SF1-r	SF1-l	SF2-r	SF2-l
非定型精神病	ns	ns	ns	ns	ns	0.06	ns	ns	0.01
精神分裂病	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns	ns

注目すべき所見は、分裂病では罹病期間とCT所見は相関しないのに対し、非定型精神病では罹病期間が長くなるにつれシルビウス裂の所見が強くなる傾向を示していることです。この所見は、近年のMRI研究で、疾病の経過によって器質性の所見が進行するかどうかという議論に参考となる所見かもしれません。

CT指数に基づくクラスター分析による精神病症例と対照群の分類



この CT 研究でも、CT 指標に基づいてクラスター分析を行いました。そして、精神分裂病と非定型精神病、それに正常群が、それぞれに異なるグループに分類される傾向を示し、我々の臨床分類が生物学的に妥当なものである可能性が示されました。

ここで、我々が考える分裂病性精神病の分類についてまとめておきたいと思います。

我々がこれまでにこなってきた研究は、時期も異なり、対象の患者も異なっているために、このスライドのように相互に重ね合わせることが出来ないのですが、CT 所見によるクラスター分析をもとに、推測をまじえて考えてみました。

CT画像の各指数を用いて分類した 分裂病性精神病の5つのタイプ

	I 群と II 群	III 群	IV 群	V 群
CT(1989)	—	右シルビウス裂	大脳縦裂	側脳室
臨床診断	主に 非定型精神病	主に非定型精神病と 妄想型分裂病	精神分裂病	精神分裂病
遺伝		<可能性大>		
SPECT(1993)	—	視床のI-IMPの低集積	前頭葉I-IMPの低集積	
MRI(1998)	—	海馬の体積減少	海馬の体積減少と脳室拡大	
P300(2000)	—	—	低振幅と潜時延長	
探索眼球運動(2000)	—	探索スコアやや低値	探索スコア低値	

クラスター分析では、5つのグループが導かれましたが、CT上異常所見を認めない1群と2群の患者を除くと、3つの特徴的なグループが類別されます。第3群は右シルビウス裂の所見を主とした病型であり、SPECTの右視床領域の所見との対応が想定されます。臨床分類によれば主として非定型精神病とパラフレニーを含む妄想型分裂病とからなり、遺伝負因も多く、内因性精神病の真の中核群といえる病型ではないかと思われます。第4群は大脳縦裂下部の前頭前野の病変が示唆される病型であり、SPECTではhypofrontalityと表現される前頭葉の機能低下と関連するものかも知れません。5群は、そもそも残遺群であり、クラスターとは言えないものですが、側脳室周囲の病変が主として考えられ、臨床分類では、ほとんどが定型分裂病と診断される特徴的なグループと考えられました。残念ながら、この2つの分裂病群は臨床症状や遺伝負因に基づいて類別することは出来ませんでした。ここに示した我々の研究は、遺伝—病態発生—臨床症状の全体を考慮に入れて、分裂病性精神病を病因の異なるいくつかの疾患に細分類し得る可能性を示し得たのではないかと考えております。

最後に、本日の講演のまとめをしておきたいと思います。

1. SPECT を精神医学の診断に用いる時の問題を、3 症例を提示して検討した。一例目は前頭葉機能の低下所見があるものの、明確な器質性の所見が見出せず、性格の異常、すなわち、性格の偏りと判断された。二例目は全生活史健忘例であるが、心因性の病態であっても、SPECT によっても脳の機能的変化を捉えうることが示された。三例目は内因性の病像で発症し、次第に器質性の色彩を強める症例であり、このような症例の場合、一元的に理解することが困難であることが指摘された。

2. 次に、SPECT を用いて内因性精神病の分類の可能性を検討した我々の研究を紹介した。内因性精神病はさまざまな疾患を包含しているものと考えられるが、この中で、非定型精神病という臨床単位が取り出され、生物学的データによって非定型精神病の特徴が明らかにされた。

3. このような研究は、分裂病性精神病の妥当性のある診断と病因に基づく治療法の開発に道を開くかもしれない。

ご清聴有難うございました。

林 拓二：第 13 回関西脳 SPECT 研究会講演（大阪、2006）より

expert

精神看護エクスパート

19

患者の安全を守る 看護技術

総編集

坂田三允

日本精神科看護技術協会専務理事

編集

萱間真美

聖路加看護大学精神看護学教授

櫻庭 繁*

京都大学医学部保健学科看護学専攻教授

根本英行*

静岡市こころの健康センター地域支援担当統括主幹

松下正明

東京都立松沢病院顧問、東京都精神医学総合研究所顧問

山根 寛

京都大学医学部保健学科作業療法学専攻教授

編集協力

長谷川雅美*

金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻教授

(* 本巻責任編集)

中山書店

執筆者一覧（執筆順）

櫻庭	繁	京都大学医学部保健学科
奥津	文子	京都大学医学部保健学科
船渡	忠男	京都大学医学部保健学科
千葉	信子	多摩たんぽぽ訪問看護ステーション
赤澤	千春	京都大学医学部保健学科
石井	美恵子	フジ虎ノ門整形外科病院 外傷・救急センター
小林	信	北里大学看護学部（精神看護学）
浅香	えみ子	社団法人日本看護協会 看護教育研究センター看護研修学校
長谷川	雅美	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻
岡田	久美子	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻
河村	一海	金沢大学大学院医学系研究科保健学専攻
谷本	千恵	石川県立看護大学地域・在宅・精神看護学講座（精神看護学）
大塚	恒子	財団法人仁明会 仁明会病院赤い羽療園
福田	きぬ子	医療法人財団 松原愛育会松原病院
川田	和人	医療法人財団 松原愛育会松原病院
大下	顕	京都大学大学院医学研究科精神医学

序

専門看護師や認定看護師制度によって精神科看護の専門性が確立されようとする時期に求められている知識や技術は何だろうか。看護の基本が患者の安全を第一にしているように、精神科看護においても「患者の安全を守る」ということは一番大事なことである。

近年の精神科看護の現場において、看護師の患者への精神的なケアについては専門性が高まっていると感じるものの、緊急の事態や事故が起こった場合のフィジカル面へのケアに対する技術については疑問に思うことがある。加えて、わが国の精神科医療において、身体的アセスメントを必要としていたインスリンショック療法や持続睡眠療法などが第一選択ではなくなり、また、病院の機能分化によって看護師が患者の身体症状を見立てる機会が減少しているという状況が起こっている。そのため、精神科で働く看護師の身体的アセスメントやケアの知識や技術が、求められている医療の基準からすれば、十分とはいえないのではないかという危惧を抱いている。

このような状況を背景に、本書は、精神科の看護師が苦慮しがちな身体的アセスメントや救急救命処置などの看護技術を取り上げ、それぞれを基本から解説している。本シリーズの他巻にも安全について説かれた項目がみられるが、本書ではより患者サイドの視点から、日常生活に起こりうる安全を脅かす場面にどのように対応するかという内容を盛り込んでいる。

とくに、精神科で起こりやすい事故については、事故直後の一次的な処置が重要であり、いくつかの事例をもとに、その場面に遭遇した看護師がまず何をしなければならないか、専門的、長期的な治療に移行する前段階として、どのような知識と技術をもってケアに臨むかに焦点をあてて詳述している。また、衝動・興奮、不安などの状態にある患者への対応についても、同様に事例を挙げて解説し、患者のみならず、ほかの患者や医療従事者などの周囲の安全を守る看護のポイントをわかりやすくまとめている。そして、不測の事態である災害についても、起こったあとの対処の仕方や被害を最小限にするための防災訓練などについて述べており、医療従事者が組織的に患者をどのように守ったらよいかを解説している。

そのほか、入院患者の安全と権利保護のための法についても触れ、患者の安全をキーワードに幅広いテーマを盛り込むことができたと思っている。尽力いただいた執筆者の方々に感謝するとともに、精神科医療においても全人的な医療がなされるように、本書が読者の役に立つことを編集者の一人として願っている。

2006年12月

京都大学医学部保健学科
櫻庭 繁

精神障害者の安全を守る 法体制



精神科医療、ことにそのなかでの患者の安全にかかわる法律としては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（医療観察法）、医療法、医師法、保健師助産師看護師法（保助看法）があるが、さらには医療事故における医療者の責任にかかわるものとして刑法および民法も挙げられよう。

医療事故にかかわる法律（民法、刑法、保助看法）については、本シリーズ第1巻『リスクマネジメント』の「精神科医療における医療事故と法的課題」において論じられている¹⁾。また、精神保健福祉法、医療観察法については同第17巻『精神看護と法・倫理』に詳述されている²⁾。

したがって、各法律の概要についてはそれらを参照していただくこととし、ここではそれら法律の、特に入院患者の安全および権利保護のためのセーフガードとしての側面に焦点を絞って、精神保健福祉法および医療観察法における行動制限、退院請求等について解説し、また精神科医療事故に関する法律について若干の補足事項を記す。

精神保健福祉法における行動制限および退院請求等

精神保健福祉法は、少なくとも部分的には強制（非自発的）入院のための法律である。その一方で、それゆえにこそ、不当な処遇から患者を保護する法律としての側面をもっており、そのためのさまざまなセーフガードが定められている。

わが国の最高法規である日本国憲法は、第13条「すべて国民は、個人として尊重される。生命、自由及び幸福追求に対する国民の権利については、公共の福祉に反しない限り、立法その他の国政の上で、最大の尊重を必要とする」、第21条2「検閲は、これをしてはならない。通信の秘密は、これを侵してはならない」、第31条「何人も、法律の定める手続によらなければ、その生命若しくは自由を奪はれ、又はその他の刑罰を科せられない」、第34条「何人も、理由を直ちに告げられ、且つ、直ちに弁護人に依頼する権利を

与へられなければ、抑留又は拘禁されない（後略）」と定めている。

精神保健福祉法および同法に基づく厚生省告示における、措置入院をはじめとする非自発的入院、開放処遇の制限、隔離・身体拘束、通信・面会の制限は、こうした憲法の規定に明らかに抵触する。それらがこの領域で認められるのは、精神障害者がその精神障害のために治療に関して自己の利益・不利益を判断する能力を欠くことがあるためであるとされる。

しかし人は特段の事情がない限り、判断能力を有すると推定されるものであり、判断無能力が認定されるのは例外的ケースであるべきである。言うまでもないが、「精神障害者すなわち判断無能力者」ではない。憲法的理念からみれば、これら自由の制限は、ごく限られた例外的ケースにしか認められないことを銘記すべきである。治療者からみて医療上不合理だと思える判断（閉鎖処遇の拒否など）であっても、その患者が判断能力を有しているとみなされ、十分な情報に基づいて判断を下している限り、その判断は尊重されなければならないのである。安易な拡大解釈は禁じられなければならない。

■ 行動制限

本シリーズ第17巻『精神看護と法・倫理』において川副も述べているとおり³⁾、医療者が法律と認識しているものの多くは、実は厚生労働大臣告示であったり厚生労働省の通知であったりする。表1～3ならびに巻末資料をみていただければわかるとおり、精神保健福祉法は行動の制限について、「精神病院の管理者は、入院中の者につき、（中略）その行動について必要な制限を行うことができる」としているのみで、具体的な内容は示していない。具体的な内容は厚生労働大臣が定めたものとして厚生労働省告示によって示されている。法は、「精神病院の管理者は厚生労働大臣が定めた行動の制限について行うことができない」、あるいは「指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない」としているため、告示の内容は法的拘束力をもつのであるが、それでもやはり告示はあくまでも告示であって法律ではない。患者、家族への正しい説明のためにそのことを認識しておくことは必要である。

なお、日本精神科病院協会が厚生労働省と協議のうえで公表した行動制限に関するQ & A^{4,5)}が現場ではしばしば参照されていると考えられるが、これは厚生労働省担当者の見解、法律の一解釈にすぎないことを認識しておく必要がある。

■ 退院あるいは処遇改善の請求（表4）

入院患者またはその保護者は、都道府県知事に対し退院請求あるいは処遇改善請求を行うことができる（精神保健福祉法第38条の4）。都道府県知事は、請求を受けたときは精神医療審査会に通知し、精神医療審査会が退院あ

表1 精神保健福祉法第36条、第37条(処遇)

- 第36条 精神病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。
- 2 精神病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。
 - 3 第1項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。
- 第37条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。
- 2 前項の基準が定められたときは、精神病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。
 - 3 厚生労働大臣は、第1項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

表2 精神保健福祉法第36条に基づき厚生労働大臣が定めている行動の制限

第36条第2項の規定(どのような場合でも行うことができない行動の制限)に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生省告示第128号)

- 1 信書の発受の制限(刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される受信信書について、患者によりこれを開封させ、異物を取り出した上患者に当該受信信書を渡すことは、含まれない。)
- 2 都道府県及び地方自治体その他の人権擁護に関する行政機関の職員並びに患者の代理人である弁護士との電話の制限

第36条第3項の規定(指定医が必要と認めなければ行うことができない行動の制限)に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生省告示第129号)

- 1 患者の隔離(内側から患者本人の意思によつては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、12時間を超えるものに限る。)
- 2 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

るいは処遇改善について審査を行う。必要であれば審査会委員による診察等を行う。精神医療審査会の審査の結果に基づいて、都道府県知事は病院に、退院あるいは処遇改善のために必要な措置を命ずる(精神保健福祉法第38条の5)。

この退院、処遇改善請求は、不当な入院、処遇に対する重要なセーフガードである。

請求は、電話あるいは書面でなされる。病院によっては、退院や処遇改善請求が出ることがマイナス評価につながると考え、患者に対し請求を抑制するような対応をすることがあるようだが、そのようなことは決してあって

表3 精神保健福祉法第37条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準（患者の隔離、身体的拘束）

1 基本的な考え方

- (1) 患者の隔離（以下「隔離」という。）は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (2) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであって、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 12時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあってはその要否の判断は医師によって行われなければならないものとする。
- (4) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 他の患者との人間関係を著しく損なうおそれがある等、その言動が患者の病状の経過や予後に著しく悪く影響する場合
- イ 自殺企図又は自傷行為が切迫している場合
- ウ 他の患者に対する暴力行為や著しい迷惑行為、器物破損行為が認められ、他の方法ではこれを防ぎきれない場合
- エ 急性精神運動興奮等のため、不穏、多動、爆発性などが目立ち、一般の精神病室では医療又は保護を図ることが著しく困難な場合
- オ 身体的合併症を有する患者について、検査及び処置等のため、隔離が必要な場合

3 遵守義務

- (1) 隔離を行っている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあってはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあってはならないものとする。
- (2) 隔離を行うに当たっては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせよう努めるとともに、隔離を行った旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (3) 隔離を行っている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (4) 隔離を行っている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (5) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日1回診察を行うものとする。

1 基本的な考え方

- (1) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (2) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあってはならないものとする。
- (3) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

2 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外により代替方法がない場合において行われるものとする。

- ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合
- イ 多動又は不穏が顕著である場合
- ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

3 遵守事項

- (1) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせよう努めるとともに、身体的拘束を行った旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (2) 身体的拘束を行っている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (3) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

（厚生省告示第130号より抜粋）

表4 精神保健福祉法第38条の4(退院等の請求)、第38の5(退院等の請求による審査)

- 第38条の4 精神病院に入院中の者又はその保護者は、厚生労働省令で定めるところにより、都道府県知事に対し、当該入院中の者を退院させ、又は精神病院の管理者に対し、その者を退院させることを命じ、若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じることを求めることができる。
- 第38条の5 都道府県知事は、前条の規定による請求を受けたときは、当該請求の内容を精神医療審査会に通知し、当該請求に係る入院中の者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を求めなければならない。
- 2 精神医療審査会は、前項の規定により審査を求められたときは、当該審査に係る者について、その入院の必要があるかどうか、又はその処遇が適当であるかどうかに関し審査を行い、その結果を都道府県知事に通知しなければならない。
- 3 (略)
- 4 精神医療審査会は、前項に定めるもののほか、第2項の審査をするに当たつて必要があると認めるときは、当該審査に係る入院中の者の同意を得て委員に診察させ、又はその者が入院している精神病院の管理者その他関係者に対して報告を求め、診療録その他の帳簿書類の提出を命じ、若しくは出頭を命じて審問することができる。
- 5 都道府県知事は、第2項の規定により通知された精神医療審査会の審査の結果に基づき、その入院が必要でないと認められた者を退院させ、又は当該精神病院の管理者に対しその者を入院させることを命じ若しくはその者の処遇の改善のために必要な措置を採ることを命じなければならない。
- 6 都道府県知事は、前条の規定による請求をした者に対し、当該請求に係る精神医療審査会の審査の結果及びこれに基づき採った措置を通知しなければならない。

はならず、看護師も請求にあたっては患者（または保護者）に積極的に援助すべきである。

医療観察法における行動制限、不服申立て

医療観察法は、重大な他害行為を行った者で、心神喪失・心神耗弱として不起訴処分、無罪、執行猶予などになった者を対象として、必要な観察および指導を行うことによって再び同様の行為を行うことなく社会復帰させることを目的としたものである。

医療観察法の概要については、本シリーズ第17巻『精神看護と法・倫理』第4章「医療観察法」²⁾に詳しいため、ここでは行動制限、不服申立ておよび処遇改善請求についてのみ触れる。

行動制限

医療観察法に基づいて入院処遇を受けている対象者には、精神保健福祉法における処遇に関する規定は適用されない(精神保健福祉法第44条)。

指定入院医療機関に入院中の対象者の処遇に関しては、「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察に関する法律第92条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生労働省告示第337号)」「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第93条第1項の規定に基づき厚生労働大臣が定める処遇の基準(厚生労働省告示第338号)」において、精神保健福祉法およびそれに基づく大

臣告示における行動制限の規定と同等のものが定められている。

しかし、鑑定入院中の処遇に関しては何らの基準も示されておらず、早急な改善が求められている。当面は精神保健福祉法に準じて運用するほかないであろう。

■不服申立ておよび処遇改善請求

不服申立て制度としては、処遇決定に対する抗告（第64条第1項）、再抗告（第70条第1項）、鑑定入院命令に対する不服申立て（第72条第1項）、鑑定入院命令の延長決定等に対する異議（第73条第1項）、退院許可等申立て（第50条）、処遇終了申立て（第55条）、処遇改善請求（第95条）などが規定されている。

しかし、抗告理由、不服申立て理由が限定されていること、また、最初の検察官申立て審判の決定に対する抗告以外には必要的付添人制度（国が対象者に必ず公費で弁護士を付添人としてつける制度）とはなっていないこと、処遇改善請求の審査をする機関が全国に1つしかない社会保障審議会であることなどから、これらの制度の実効性には疑問がある⁶⁾。早急に改善されなければならない問題であるが、当面はやむをえずながら、付添人をつけることができない患者には、看護師も含めた病院職員が、患者の不服申立て、処遇改善請求に際して積極的に援助を行う必要があるだろう。

精神科医療事故と法

これについては上述のとおり本シリーズ第1巻『リスクマネジメント』の「精神科医療における医療事故と法的課題」¹⁾が詳しいが、さらに推奨文献として、『司法精神医学4 民事法と精神医学』^{7, 8)}を挙げておきたい。判例が多く提示されていて参考になる。また、2人の法律家がいくつかの同じ判例についていくぶん異なった解釈を示しており、それらを対比させて読むことによって、裁判においてどういったことが争点になるのかをより明確に知ることができる。判例（およびその解釈）を知ることは、事故を防ぐために必要なことを知るのに役立つだろうし、一方で事故防止のために過剰に防衛的にふるまうことで患者の自由が侵害されることを防ぐことにも役立つだろう。

（大下 顕）

■文献……

- 1) 角南 譲. 精神科医療における医療事故と法的課題. 坂田三允, 総編集. 櫻庭 繁, 編. 精神看護エクスペール1 リスクマネジメント. 中山書店; 2004. p.29-54.
- 2) 坂田三允, 総編集. 坂田三允, 松下正明, 櫻庭 繁, 編. 精神看護エクスペール17 精神看護と法・倫理. 中山書店; 2006.
- 3) 川副泰成. 2005年精神保健福祉法改正まで. 坂田三允, 総編集. 坂田三允, 松下正

明, 櫻庭 繁, 編. 精神看護エクスペール 17 精神看護と法・倫理. 中山書店 ; 2006. p.26-9.

- 4) 日本精神科病院協会医療政策委員会. 精神保健福祉法改正に関する Q&A. 日本精神科病院協会雑誌 2000;19(7):58-60.
- 5) 日本精神科病院協会医療政策委員会. 精神保健福祉法改正に関する Q&A. 日本精神科病院協会雑誌 2000;19(9):42-3.
- 6) 大杉光子. 心神喪失者等医療観察法の問題点の整理. 法と精神医療 2005;19:87-102.
- 7) 辻 伸行. 精神科医療事故と法. 松下正明, 総編集. 松下正明, 山内俊雄, 山上 皓, ほか編. 司法精神医学 4 民事法と精神医学. 中山書店;2005. p.164-81.
- 8) 木ノ元直樹. 精神科医療事故とその実態—法律の立場から. 松下正明, 総編集. 松下正明, 山内俊雄, 山上 皓, ほか編. 司法精神医学 4 民事法と精神医学. 中山書店;2005. p.182-90.

医療少年院における「箱庭」の取り組み

石 原 宏・西 口 芳 伯

1 医療少年院とは

少年法には、非行を犯した少年（原則として20歳までの男女）に対して、さまざまな処遇方法が規定されている。少年院は、その規定に従って家庭裁判所が決定した少年を収容し、「健全な育成」（少年法第1条）を目的とした矯正教育を行う施設である。

医療少年院もそうした施設の一つで、「心身に著しい故障のある、14歳以上26歳未満の者」（少年院法第2条第5項）を収容すると定められている。つまり、矯正教育に加えて専門的な医療措置が必要な少年が収容されてくる。したがって医療少年院の処遇では、医療措置としてそれぞれの専門科診察と治療が行われるが、通常の医療施設とは異なり矯正教育処遇の元で行われる。その内容は基本的に他の少年院と同じで、起床から就寝までの規則正しい集団生活を通した生活指導と、面接や日記による個別指導などを通じて規律や社会性を育むもので、専門職である法務教官が担当する。

2 「箱庭」の取り組み

京都医療少年院では、こうした従来からの処遇に加えて平成12年度より「箱庭指導」が試みられており、部外協力者による直接処遇の一つとして石原が担当している。

少年院で行われる処遇は、面接指導や日記指導など多くのことに「指導」という言葉がつく。そのためこの試みも「箱庭指導」と呼ばれるが、正確に