

200730025A

厚生労働科学研究費補助金
(こころの健康科学研究事業)

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

平成 19 年度
統括・分担研究報告書

平成 20 (2008) 年 3 月

主任研究者 中島 豊爾

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

目 次

I. 総括研究報告書

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究 中島 豊爾	3
---------------------------------	---

II. 分担研究報告書

1. 医療観察法の運用における人権擁護に関する研究 五十嵐禎人	3
2. 鑑定入院における医療的観察に関する研究 平田 豊明	35
3. 指定入院医療機関の安全管理体制に関する研究 岡江 晃	79
4. 指定入院医療機関の小規模病棟の適正運用に関する研究 藤井 康男	111
5. 入院対象者の病状評価に関する研究 来住 由樹	161
6. 通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究 川副 泰成	189
7. 精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究 宮崎 隆吉	307
8. 医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究 佐藤三四郎	333
9. 措置入院制度の運用実態に関する研究 吉住 昭	447

I. 総括研究報告書

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

主任研究者：中島 豊爾 岡山県精神科医療センター

研究要旨：

「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）が施行されて 2 年 9 ヶ月が経過した。研究初年度であった昨年は、松下班の研究成果をもとに、医療観察法の運用状況にも注目して、医療の提供のあり方について、まず概括的研究を行った。今年度は、より掘り下げて、実証的に調査検討を行い最終年度の具体的提言につながる研究を目指し、各分担研究者 8 名が昨年度と同様の課題に取り組むと共に、精神保健福祉法において医療観察法と最も近縁の措置入院制度についても検討しておく必要から、新たに「措置入院制度の運用実態に関する研究」（分担研究者：吉住昭）を立ち上げた。

(1) 「医療観察法の運用における人権擁護に関する研究」（分担研究者：五十嵐慎人）では、昨年に引き続き、医療観察法の指定入院医療機関に設置されている医療観察法病棟倫理会議について、聞き取り調査とアンケート調査を行った。対象者の同意によらない治療行為は極めて少なく、特に電気けいれん療法やデポ剤の使用のような侵襲性の比較的高い治療行為については、対象者の同意の有無に関わらず倫理会議の審査対象とするなど慎重な対応がなされていた。他方、倫理会議の開催頻度や規定の文言などには、問題があると思われる病棟も存在していた。

(2) 「鑑定入院における医療的観察に関する研究」（分担研究者：平田豊明）では、以下の研究を行った。① 2007 年 1 月からの半年間に全国の鑑定入院医療機関を退院した鑑定入院ケース 105 例のデータを、前年度研究の鑑定入院ケース 284 例と比較した。② 指定入院医療機関からみた入院処遇への疑義事例を調査した。③ 不処遇および却下事例の調査を行った。④ 鑑定入院医療機関が備えるべき施設基準や、治療・処遇の基準を 3 水準に階層化したガイドライン案を提示した。

(3) 「指定入院医療機関の安全管理体制に関する研究」（分担研究者：岡江晃）では、以下の研究を行った。① 医療観察法病棟近隣住民の不安には大きなものがあり、このことが病棟設置の妨げになっている。このため、近隣住民のもつ不安の概要を調べ、近隣住民の理解を得るためのツールとして、法運用の実態に関する知識や法そのものの必要性についての「Q&A 集」を作成した。② 医療観察法通院医療の安全性に資するために、精神保健福祉法下で重大な犯罪を行った精神科患者の医療に携わってきた医師に対し、外来診療の場の安全管理対策に関する意識調査を行った。③ 医療観察法入院施設における事故および安全管理システムの作動状況に関する調査を行った。

(4) 「指定入院医療機関の小規模病棟の適正運用に関する研究」（分担研究者：藤井康男）では、次の研究を行った。① 指定入院医療施設（9 施設）に対して、指定入院医療が開始されてから平成 19 年 7 月末までの身体合併症調査を行った。② 最初の小規模併設型の指定入院医療機関である大阪府立精神医療センターからの実践報告より、小規模病棟のもつ利点及び今後考慮されるべき点に

ついて考察した。

(5)「入院対象者の病状評価に関する研究」(分担研究者:来住由樹)では、医療観察法病棟における治療プログラムに焦点をあてて、8事例の提示を行った。

(6)「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」(分担研究者:川副泰成)では、以下の研究を行った。①通院処遇の全国的な実施状況を調べるために、全国53ヶ所の保護観察所及びその支部にアンケート調査を実施した。②地域処遇に係る行政関係機関の役割と連携体制については、地域処遇に係るガイドラインが確定され、都道府県単位の医療観察制度運営協議会実施要綱が策定されるなど、制度上の整備は大幅に進展していた。③指定通院医療機関で処遇を受けている対象者の家族が置かれている実態をインタビュー調査した。

(7)「精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究」(分担研究者:宮崎隆吉)では、以下の研究を行った。①社会復帰調整官がその業務を遂行していく上で、精神科診療所に期待している役割を把握するためにアンケート調査を施行した。②診療所として全国で初めて指定通院医療機関の指定を受けた精神科診療所の調査、聞き取りを行い、診療所が指定通院医療機関の役割を担う条件として、入院を含む緊急時の対応の整備が必須であることを明らかにした。

(8)「医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究」(分担研究者:佐藤三四郎)では、以下の研究を行った。①社会復帰調整官の役割等について、事件数の増加に伴う業務実態の変化、関係機関の連携が重要となる地域処遇移行期の現状の把握と課題の整理を行った。②精神保健参与員における精神保健福祉士の役割について聞き取り調査を行った。③指定入院医療機関における精神保健福祉士の役割について、特に地域処遇への移行を目的とする関係機関調整やケア会議での役割を検討した。④指定通院医療機関における精神保健福祉士の役割について、特にその業務内容及び留意点について具体的に整理した。⑤保健所及び市町村における精神保健福祉士の役割について、全国の保健所及び市町村を対象にアンケート調査した。

(9)「措置入院制度の運用実態に関する研究」(分担研究者:吉住昭)では、次の研究を行った。①措置入院制度の適正なモニタリングのための文書管理システムの作成のための第一ステップとして、事前調査票、措置入院に関する診断書、措置症状消退届について、スタンドアロンPCにおいて動作するフォームを作成した。②精神保健福祉資料をもとにした精神保健福祉法第24条(警察官通報)の運用実態を分析し、全国及び地域別の推移と特徴を明らかにした。

分担研究者:

五十嵐禎人(千葉大学社会精神保健教育研究センター)

平田 豊明(静岡県立こころの医療センター)

岡江 晃(京都府立洛南病院)

藤井 康男(山梨県立北病院)

来住 由樹(岡山県精神科医療センター)

川副 泰成(国保旭中央病院)

宮崎 隆吉(宮崎クリニック)

佐藤三四郎(東京福祉大学)

吉住 昭(国立病院機構花巻病院)

A. 研究目的

本研究の目的は、施行後間もない医療観察法の適正かつ円滑な運用を期すことにより、わが国の司法精神医療の質を格段に向上させることにある。司法精神医学は、ごく最近まで一部の精神医療者の趣味的世界とさえ思われていた節がある。このような状況の中で、医療観察法が成立し、松下班研究は施行に向けての基礎作りを行った。今は、実地に経験

を積みながら、松下班研究の提案した仮説や治療モデルを検証している段階である。本研究が、実証的検討を重ね、松下班研究の成果を発展させ、その成果が実際の法運用上、対象者にとっても、その他の精神科医療の利用者にとっても、さらにまた多くの国民にとっても、一定の安心をもたらすことになれば、それはとりもなおさず、わが国の司法精神医療の質の向上に寄与したことになる。更に、法運用上の喫緊の課題についての提言を行う必要がある。

B. 研究方法

本研究を、研究要旨に記した(1)～(9)の項目に分け、自治体病院の院長、部課長を中心に分担し、他に倫理面に造詣の深い五十嵐、精神科診療所の宮崎、精神保健福祉士のまとめ役である佐藤および、措置入院に造詣の深い吉住を加えて研究班を組織した。

各分担研究者は、本研究の趣旨を理解した上で各々独自に分担研究班を構成したが、全体会議とメーリング・リストで統一を図った。

研究の方法は、各分担研究者で異なるが、主として以下の3つの方法を組み合わせたものである。

第一は、実地の現場訪問と聞き取り調査、必要に応じて現場会議等への参加である。この方法で得られた情報は、極めて信頼度が高い。第二は、アンケート調査である。昨年度作成した精神保健判定医等の名簿も活用した。第三は、国立病院機構の指定入院医療機関等の団体、あるいは他の研究班との合同会議、討論の手法である。この方法は、本研究班の欠点を知り、また持たざる情報を得るのに有用であった。

各分担研究の研究方法については、それぞれの報告書を参照されたい。

(倫理面への配慮)

本研究の調査、事例検討ともに、徹底した匿名性を守り、いやしくも人権が侵害されることがないように、細心の注意を払った。

また、主任研究者所属施設における倫理委員会において、研究全体についての審査を受け、承認を得た。

C. 研究結果と考察

「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)が施行されて2年9ヶ月が経過した。研究初年度であった昨年は、松下班の研究成果をもとに、医療観察法の運用状況にも注目して、医療の提供のあり方について、まず概括的研究を行った。今年度は、より掘り下げて、実証的に調査検討を行い最終年度の具体的提言につながる研究を目指し、各分担研究者が昨年度と同様の課題に取り組んだ。

(1)「医療観察法の運用における人権擁護に関する研究」(分担研究者:五十嵐禎人)では、昨年に引き続き、医療観察法の指定入院医療機関に設置されている医療観察法病棟倫理会議について、聞き取り調査とアンケート調査を行った。対象者の同意によらない治療行為は極めて少なく、特に電気けいれん療法やデポ剤の使用のような侵襲性の比較的高い治療行為については、対象者の同意の有無に関わらず倫理会議の審査対象とするなど慎重な対応がなされていた。他方、倫理会議の開催頻度や規定の文言などには、問題があると思われる病棟も存在していた。倫理会議の性格や運用規程等について、より明確な指針を作成する必要がある。なお、病棟担当医の意識としては、倫理会議のセカンド・オピニオンの機能がより重視されていた。

(2)「鑑定入院における医療的観察に関する研究」(分担研究者:平田豊明)では、以下の研究を行った。①2007年1月からの半年

間に全国の鑑定入院医療機関を退院した鑑定入院ケース 105 例のデータを前年度研究の鑑定入院ケース 284 例と比較した。検察官による申し立ては公判後のものが激減し、不起訴処分による申し立てが増加していた。また、鑑定入院終了後も同一病院に入院を継続していた事例が不処遇事例を中心に 16 例 (15.2%) あった。②指定入院医療機関からみた入院処遇への疑義事例を調査した。回答 8 施設への通算入院件数 363 例中 59 例 (約 1/6) の疑義事例があり、うち 15 例では指定入院医療機関側から退院請求が申し立てられていた。③不処遇および却下事例の調査を行い、保護観察所から不処遇 121 例、却下 15 例に関する回答を得た。不処遇では、女性と高齢者、知的障害と器質性障害の比率が高く、殺人事例の比率が低いなどの特徴があった。不処遇の理由で最も多いのは「あえて医療観察法による医療の必要がないため」というものであった。一方、却下では、人格障害と物質使用障害の診断が多く、対象行為では強盗の比率が高かった。却下理由では、「責任能力を問える」とするものが最多であった。不処遇事例 6 例について提示し、不処遇判定の基準や妥当性を検討したが、2007 年 7 月の最高裁判例以降は法的妥当性が臨床的妥当性を凌駕し、入院処遇の判定が増加するのではないかと予測された。④鑑定入院医療機関が備えるべき施設基準や、治療・処遇の基準を 3 水準に階層化したガイドライン案を提示した。

(3) 「指定入院医療機関の安全管理体制に関する研究」(分担研究者：岡江晃)では、以下の研究を行った。①医療観察法病棟近隣住民の不安には大きなものがあり、このことが病棟設置の妨げになっている。このため、近隣住民のもつ不安の概要を調べ、近隣住民の理解を得るためのツールとして、法運用の実態に関する知識や法そのものの必要性についての「Q&A 集」を作成した。②医療観察法

通院医療の安全性に資するために、精神保健福祉法下で重大な犯罪を行った精神科患者の医療に携わってきた医師に対し、外来診療の場の安全管理対策に関する意識調査を行った。その結果、何らかの危険な経験を持っているものが 8 割以上にのぼり、大多数の医師が何らかの暴力防止策の必要性を感じていた。なお、殺人行為を伴う精神障害者の約半数は、一度も外来治療を経ることなく入院したままであり、その平均入院期間は 8 年を超えていた。③医療観察法入院施設における事故および安全管理システムの作動状況に関する調査を行った。6 施設から回答を得た結果、トラブルの内容では、器物損壊と対人暴力が大半を占めていた。全施設で自殺未遂は 1 件、無断離院 1 件であったことは、観察密度の高さ、心理的サポートの充実をうかがわせた。また、緊急アラームの使用頻度は低く、金属探知機による危険物発見件数は少ないが、これらの機器が抑止力として働いた可能性もあり、不必要であるとはいえなかった。

(4) 「指定入院医療機関の小規格病棟の適正運用に関する研究」(分担研究者：藤井康男)では、次の研究を行った。①指定入院医療施設 (9 施設) に対して、指定入院医療が開始されてから平成 19 年 7 月末までの身体合併症調査を行った。全指定入院症例数は 359 例で、そのうち 10 例 (2.8%) が身体合併症による検査・治療のために転院していた。転院先は精神科病棟を持つ総合病院が多いが、60% は精神科病床以外に入院となっていた。また、入院施設所在地外の都道府県への転院が 70% を占めていた。なお、転院の際の法律的根拠、診療報酬や治療費の支払方法が統一されていないことも問題になっていた。少数とはいえ身体合併症に対応できる指定入院医療機関が必要と考えられた。②最初の小規格併設型の指定入院医療機関である大阪府立精神医療センターからの実践報告より、小規格病棟のもつ利

点及び今後考慮されるべき点について考察した。

(5)「入院対象者の病状評価に関する研究」(分担研究者：来住由樹)では、医療観察法病棟における治療プログラムに焦点をあてて、8事例を提示した。豊富なスタッフと多職種チームによる継続的な関与が治療的な病棟の雰囲気担保していた。また自己肯定感の促進や喪の作業の重要性が認識された。各指定入院医療機関ごとにプログラムの工夫や開発が進んでいる様子がみられた。なお、性犯罪においては、今後治療プログラムの標準化が必要と考えられた。

(6)「通院処遇における関係機関の連携体制の構築に関する研究」(分担研究者：川副泰成)では、以下の研究を行った。①通院処遇の全国的な実施状況を調べるために、全国53ヶ所の保護観察所及びその支部にアンケート調査を実施した。調査日は平成20年1月15日である。回収率は約90%で、228人の通院係属者について調査票を回収した。直接通院決定された対象者(直接通院)は137人(60%)、入院処遇から退院決定され通院処遇に移行した対象者(移行通院)は91人(40%)であり、移行通院が着実に増加していた。また、現状では通院開始時に直接通院で40%前後、移行通院で1割前後が精神保健福祉法の入院から開始していることが判明した。②地域処遇に係る行政関係機関の役割と連携体制についてみると、地域処遇に係るガイドラインが確定され、都道府県単位の医療観察制度運営協議会実施要綱が策定されるなど、制度上の整備は大幅に進展していた。今後の課題として、指定通院医療機関の不足と偏在の解消、情報共有上のルール作り、複雑困難事例に対処しうる地域支援体制の整備、保護観察所との連携強化、モニタリング体制の整備の必要性などが浮かび上がった。③指定通院医療機関で処遇を受けている対象者の家族が置かれてい

る実態をインタビュー調査した。事件がもたらす衝撃は大きく、家族に対する疾病教育と心理的サポート、家族全体を視野に入れた家族介入の重要性が示唆された。

(7)「精神科診療所における医療観察法通院処遇に関する研究」(分担研究者：宮崎隆吉)では、次の研究を行った。①社会復帰調整官がその業務を遂行していく上で、精神科診療所に期待している役割を把握するためにアンケート調査を施行した。指定通院医療機関が不足、偏在している現状において、地域処遇対象者の時間的、経済的負担は大きく、精神科診療所が指定通院医療機関としてあるいは指定通院医療機関と協力して医療提供することを期待していた。またこの際、社会復帰調整官の役割が特に重要と考えられた。②診療所として全国で初めて指定通院医療機関の指定を受けた精神科診療所の調査、聞き取りを行い、診療所が指定通院医療機関の役割を担う条件として、入院を含む緊急時の対応の整備が必須であることが明らかになった。

(8)「医療観察法に携わる精神保健福祉士の役割に関する研究」(分担研究者：佐藤三四郎)では、以下の研究を行った。①社会復帰調整官の役割等について、事件数の増加に伴う業務実態の変化、関係機関の連携が重要となる地域処遇移行期の現状の把握と課題の整理を行った。また、調整官の研修体系案の提示を行った。②精神保健参与員における精神保健福祉士の役割について聞き取り調査を行った結果、疾病性の理解を前提とした社会復帰可能性の評価における精神保健参与員の判断能力が一段と強く求められていた。③指定入院医療機関における精神保健福祉士の役割について、特に地域処遇への移行を目的とする関係機関調整やケア会議での役割を検討した。④指定通院医療機関における精神保健福祉士の役割について、特にその業務内容及び留意点について具体的に整理した。⑤保健所

及び市町村における精神保健福祉士の役割について、全国の保健所及び市町村を対象にアンケート調査した。対象者に対するそれぞれの関与の実態、精神保健福祉士の配置状況等を把握するとともに課題の検討を行った。

(9)「措置入院制度の運用実態に関する研究」(分担研究者：吉住昭)では、以下の研究を行った。①措置入院制度の適正なモニタリングのための文書管理システムの作成のための第一ステップとして、事前調査票、措置入院に関する診断書、措置症状消退届について、スタンドアロンPCにおいて動作するフォームを作成した。②精神保健福祉資料をもとにした精神保健福祉法第24条(警察官通報)の運用実態を分析し、全国及び地域別の推移と特徴を明らかにした。また、第24条を含む措置入院制度を適正に運用していくための電子化され、研究者が適切に関与したモニタリングシステムの必要性について指摘した。

D. 結論

周知のごとく、指定入院医療機関の病床数の不足は、危機的状況にある。このことには、2007年7月の「医療観察法による医療の適応がありながら、精神保健福祉法による医療で再発防止と社会復帰が可能という理由で医療観察法の適応外(不処遇)とすることは許されない。」との最高裁判例が影を落としている。なお、現時点では、病床数の大幅な増加は見込めず、この危機的状況に対して、緊急避難的な厚生労働省による新たな通知等が必要とされていると思われる。

また、円滑な入院処遇から通院処遇への移行のために、全国の都道府県に小規模病棟を設置することが急務である。このためには、小規模病棟の具体的設計図等を来年度提示する必要があると考えている。

さらに、入院処遇における身体合併症治療のためには、合併症専用の指定入院医療機関

の設置が必要であろう。

次に通院処遇についてみると、指定通院医療機関の地域的偏在等のため、円滑な社会復帰に困難を生じていることから、通院の便等を考えた通院医療機関の指定、社会復帰調整官の大幅増員等が必要とされている。この際、精神科診療所との無理のない連携も重要となる。

医療観察法の運用の進展状況と精神保健福祉法における措置入院の運用状況を比較検討することは、今後の司法精神医療のあり方を考えるにあたって重要となろう。

全体としてみると、医療観察法下での治療提供のあり方は、法施行当初の混乱から一定の安定状態に達しつつあるように見える。しかしながら、指定入院医療病床の圧倒的不足という予期せざる事態に直面し、法の運用そのものが危機に瀕しているとの認識を改めて表明しておく。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

特記することなし

Ⅱ. 分担研究報告書

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

医療観察法による医療提供のあり方に関する研究

（主任研究者：中島 豊爾）

分担研究

医療観察法の運用における人権擁護に関する研究

平成 19 年度

分担研究報告書

平成 20（2008）年 3 月

分担研究者 五十嵐禎人

千葉大学社会精神保健教育研究センター

平成 19 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

分担研究報告書

医療観察法の運用における人権擁護に関する研究

分担研究者：五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター

研究協力者：

浅井 邦彦（浅井病院）	瀬川 晃（同志社大学法務研究科）
伊豫 雅臣（千葉大学医学研究院）	谷 直之（同志社女子大学現代社会学部）
岩井 宜子（専修大学法科大学院）	平野 美紀（香川大学法学部）
川本 哲郎（京都産業大学法務研究科）	藤崎 美久（千葉大学医学部附属病院）
木ノ元直樹（弁護士）	前田 雅英（首都大学東京都市教養学部）
北潟谷 仁（弁護士）	村田 昌彦（国立病院機構北陸病院）
柑本 美和（城西大学現代政策学部）	松下 正明（東京都精神医学総合研究所）
椎名 明大（千葉大学医学部附属病院）	山本 輝之（明治学院大学法学部）
須藤 徹（国立病院機構肥前精神医療センター）	分島 徹（東京都立松沢病院）

研究要旨

医療観察法における対象者の人権擁護の問題について検討し、臨床の現場の実態に即した、効率的かつ適正な権利擁護システムのあり方を提言することを目的として研究を行った。本年度は、医療観察法の指定入院医療機関に設置されている医療観察法病棟倫理会議について聞き取り調査とアンケート調査を行った。

医療観察法病棟全体としては、対象者の同意によらない治療行為は極めて少なく、特に電気けいれん療法やデボ剤の使用のような侵襲性の比較的高い治療行為については、対象者の同意の有無に関わらず倫理会議の審査対象とするなど慎重な対応がなされているといえる。しかし、倫理会議の運用状況には徐々にではあるが施設間に差異が生じつつあるように思われる。特に倫理会議の開催頻度や規程の文言などには、問題があると思われる病棟も存在している。今後、医療観察法病棟が増設されることを考えると、倫理会議の性格や運用規程等について、より明確な指針を作成する必要があると思われた。

倫理会議のあり方については、医療観察法の施行準備段階から、国連準則にいう準司法機関としての役割を期待する法律家側とピアレビュー的なセカンド・オピニオンとしての機能を期待する医療者側との立場の相違が明らかであったが、医療観察法病棟担当医の意識としては、セカンド・オピニオンの機能がより重要視されているようである。

A. 研究目的

平成 17 年 7 月 15 日より「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」（以下、医療観察法と略記）

が施行された。医療観察法は、わが国において初めて、重大な犯罪にあたる行為を行い刑事司法機関によって心神喪失・心神耗弱者と認定された精神障害者に対して、国の責任によって運営される医療ならびに社会復帰のた

めの支援を提供するための法律である。

医療観察法の対象者は、①重大な他害行為〔具体的には刑法の殺人、放火、強盗、強姦、強制わいせつ罪（以上の未遂を含む）と傷害（軽微なものを除く）・傷害致死罪にあたる行為）を行い、②刑事司法手続きにおいて、心神喪失ないしは心神耗弱が認定された者（より正確に言えば、検察庁において心神喪失ないしは心神耗弱を理由に不起訴処分とされた者、ならびに、裁判の段階で心神喪失を理由とする無罪判決ないしは心神耗弱により刑を減輕され実刑以外の有罪判決を受けたあるいは実刑となったが勾留期間を減算すると現に執行すべき刑期がない〈要するに刑務所に収監されない〉者）で、③対象行為（重大な他害行為）を行った際の精神障害の病状を改善し、これに伴って同様の他害行為の再発の防止を図り、社会復帰させるために医療観察法による医療（継続的かつ適切な医療とその医療の確保のために必要とされる観察・指導を含む）を受けさせる必要がある者、である。

医療観察法では、通常精神科医療をはるかに上回る人員配置と居住環境（たとえば、病室は個室）を備えた専門治療機関が指定入院医療機関として整備されており、従来の精神保健福祉法のもとでの精神科病院への強制入院（措置入院、医療保護入院等）と比較して、人権擁護の観点からは明らかな前進と考えることができる側面もある。その一方で、精神保健観察制度の導入など、精神保健福祉法における強制入院制度と比較してより法的強制力の強い医療としての側面もある。

さらに、医療観察法の対象者は、刑事司法機関において心神喪失等の判定を受けた者であり、精神症状が悪化した場合には、その判断能力に著しい障害を受ける可能性がある者であるともいえる。

こうした、医療観察法による医療の特性を考えると、同法による司法精神医療には、

一般の精神科医療以上に、対象者の人権擁護のための配慮が必要と考えられる。

本研究は、医療観察法における対象者の人権擁護の問題について法的・倫理的側面から検討し、臨床の現場の実態に即した、効率的かつ適正な権利擁護システムのあり方を提言することを目的としている。

研究初年度にあたる昨年度は、医療観察法の指定入院医療機関に設置されている医療観察法病棟倫理会議を中心に聞き取り調査とアンケート調査を行った。

その結果、①倫理会議における事前評価が必要とされる修正型電気けいれん療法の施行は皆無であり、対象者の同意のないデポ剤の使用や向精神薬の非経口投与も極めて少なかった。倫理会議の議題としてあがった事項の事後評価をみても、隔離が26回、注射による強制投薬が7回と比較的多いものの、全体に行動制限や対象者の同意によらない治療はほとんど行われていない実態が明らかとなった。②倫理会議のあり方については、医療観察法の施行準備段階から、国連準則にいう準司法機関としての役割を期待する法律家側とピアレビュー的なセカンド・オピニオンとしての機能を期待する医療者側との立場の相違が明らかであった。アンケート調査や聞き取り調査の結果からは、医療観察法施行後の倫理会議の運用状況や病棟担当医の意識は、セカンドオピニオンの機能と準司法機関としての役割が入り混じった現状にあることを明らかにした。

本年度は、昨年度の成果を踏まえ、医療観察法指定入院医療機関に対するアンケート調査ならびに聞き取り調査を主体として研究を行った。

B. 研究方法

1) 研究会議の開催

精神保健福祉法制とその運用に詳しい法律

家（刑法学者、弁護士）と精神科医からなる
研究班を組織し、研究会議を 3 回開催した。

研究会議の日程とテーマを以下に示す。

1. 平成 19 年 9 月 14 日
昨年度の研究成果の確認と本年度の研究計画
2. 平成 19 年 11 月 30 日
聞き取り調査の進行状況ならびにアンケート調査の仮集計結果についての検討
3. 平成 19 年 2 月 9 日
アンケート調査・聞き取り調査の結果と最終報告書作成に関する検討

2) 聞き取り調査の実施

昨年度に聞き取り調査を行うことのできなかった医療観察法病棟を持つ病院に対して、精神科医と法律家がペアとなって訪問し、倫理会議の傍聴を中心とした聞き取り調査を行った。

3) アンケート調査

平成 19 年 9 月までに開棟した 12 病棟を対象として、「医療観察法病棟における倫理会議の運用状況に関する調査」（後掲資料）を行った。（倫理面への配慮）

本研究は、個人情報情報を直接扱うものではなく、個人情報情報の扱いに関する倫理面の問題は生じない。

C. 研究結果

1. 聞き取り調査

聞き取り調査は以下の日程で行われた。

- 平成 20 年 3 月 5 日 国立病院機構琉球病院

なお、分担研究者は、国立病院機構下総精神医療センターの倫理会議の外部委員として、同病棟の倫理会議に出席した。

2. アンケート調査について

平成 19 年 9 月末日現在に医療観察法病棟を開棟した 12 病院の医療観察法病棟担当医師

にあてて、「医療観察法病棟における倫理会議の運用状況」に関する調査用紙を送付し、全 12 病院から回答を得た。

アンケート調査の項目は、①対象者の属性、②倫理会議の構成、③倫理会議の審査実績、④処遇改善請求、⑤対象者側からの退院許可等の申立て、⑥当初審判終了後の付添人活動、⑦病棟外部評価会議の構成、⑧倫理会議のあり方についての回答者の意識である。

なお、本年度のアンケート調査は、質問項目の重複を避け、回答する指定入院医療機関側の負担を軽減するために、厚生労働科学研究「他害行為を行った精神障害者の診断、治療及び社会復帰に関する研究」（主任研究者：山上皓東京医科歯科大学名誉教授）の分担研究「他害行為を行った精神障害者の入院医療に関する研究」（分担研究者：武井満群馬県立精神医療センター院長）によって行われた「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査」と質問項目を調整したうえで同時に行われた。

1) 病棟の基本データ

医療観察法病棟の開棟時期は、平成 17 年 7 月 15 日の医療観察法施行以降、表 1 に示

表 1 医療観察法病棟の整備状況

H17. 8. 2	武蔵病院	フル規格 33 床
H17.10. 1	花巻病院	フル規格 33 床
H17.12. 1	東尾張病院	暫定 15 床
H18. 1. 4	肥前精神医療センター	暫定 16 床
H18. 2. 1	北陸病院	フル規格 33 床
H18. 4. 1	さいがた病院	暫定 16 床
	久里浜アルコール症センター	暫定 15 床
	東尾張病院	暫定 24 床に増床
H18. 6.15	小諸高原病院	暫定 15 床
H18.10.10	下総精神医療センター	暫定 15 床
H18.10.20	東尾張病院	フル規格 33 床
H18.12.26	肥前精神医療センター	暫定 33 床に増床
H19. 1.15	さいがた病院	フル規格 33 床
H19. 1.16	下総精神医療センター	フル規格 33 床
H19. 2. 1	小諸高原病院	小規模病床 17 床
	琉球病院	小規模病床 17 床
H19. 9. 3	菊池病院	小規模病床 17 床
H19. 9. 7	大阪府立精神医療センター	小規格 5 床

すように順次整備されてきた。病棟の定床は、33床のフル規格の病院（武蔵、花巻、東尾張、肥前、北陸、さいがた、下総）、17床の小規模病棟（小諸高原、琉球、菊池）、既存病棟の一部改修による小規格病棟（大阪）など3種類がある。人員配置については、基本的に厚生労働省の示したガイドラインに準じているが、一部の病院では、独自に医師やコメディカルの定数を増やしていた。

2) 対象者の属性

平成19年1月1日から同年9月30日ま

での指定入院医療機関への入院対象者数（表2）は、当初審判からの入院が178名、通院処遇からの入院が1名、他の指定入院医療機関からの転入院が36名であった。また、退院対象者数は、通院処遇への移行による退院が57名、医療観察法による医療の終了による退院が16名、他の指定入院医療機関への転院が35名、その他の退院1名であった。平成19年9月末日の在院者数は、320名であった。

平成19年1月1日から同年9月30日までの入院対象者の精神科主診断を表3に示し

表2 指定入院医療機関への入院対象者数

	当初審判		通院からの入院		転入院		退院(通院)		退院(終了)		転院		その他		在院者	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A	6	2	0	0	3	0	4	1	1	0	3	0	0	0	24	9
B	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	8	0	0	0	42	5
C	50	9	0	0	4	2	15	4	3	1	8	0	0	0	29	5
D	7	2	0	0	2	0	2	1	0	0	2	0	0	0	13	4
E	8	1	0	0	2	0	5	3	0	0	2	0	0	0	15	2
F	24	3	0	0	0	0	1	1	3	0	3	0	0	1	29	5
G	13	3	0	0	0	0	2	3	3	0	5	0	0	0	28	6
H	14	3	0	0	2	0	11	1	0	1	0	0	0	0	26	8
I	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0
J	12	2	1	0	1	0	3	0	1	0	2	0	0	0	26	7
K	4	1	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	1
L	9	5	0	0	5	0	0	0	0	0	2	0	0	0	14	5
合計	147	31	1	0	34	2	43	14	13	3	35	0	0	1	263	57

表3 対象者の精神科主診断

	F0		F1		F2		F3		F4		F6		F7		F8	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A	0	0	1	0	8	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	1	0	1	1	27	4	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
C	0	0	3	0	46	8	3	2	1	0	1	0	1	0	0	0
D	0	0	1	0	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	3	0	2	0	5	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
F	0	0	2	0	23	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
G	2	0	1	0	9	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
H	0	0	0	0	16	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
J	0	0	0	0	14	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	0	0	0	0	11	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L	1	0	1	0	14	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	7	0	12	1	184	32	4	3	1	0	1	1	3	0	0	0

た。全体の86.7%が統合失調症（F2）であった。統合失調症について精神作用性物質使用による精神および行動の障害（F1）が5.2%、気分障害（F3）、器質性精神障害（F0）がそれぞれ2.8%であった。施設ごとにみると新規入院対象者に占める統合失調症の割合は、昨年度は74.3%～95.0%であったが、本年度は45.5%～100.0%と施設によるばらつきが生じていた。

新規入院対象者の対象行為を表4に示した

（複数回答）。対象行為として多いのは傷害71件、放火既遂59件、殺人未遂48件、殺人既遂32件であった。殺人既遂と傷害致死はあわせて37件であった。

3) 倫理会議の構成

倫理会議の構成員数は、外部委員1～6名、内部委員6～10名であった（表5）。外部委員として委嘱している精神科医数は、2～10名で、その所属機関は表6に示したとおりである。倫理会議開催にあたって出席を依

表4 対象行為（複数回答）

	殺人		放火		強盗		強姦		強制わいせつ		傷害		傷害致死											
	既遂	未遂	既遂	未遂	既遂	未遂	既遂	未遂	既遂	未遂														
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女										
A	0	0	4	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	
B	2	2	4	0	5	3	1	0	3	0	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	11	0	0	0
C	8	3	9	5	9	2	3	0	3	0	1	0	0	0	0	0	5	0	1	0	13	1	2	0
D	1	0	2	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0
E	1	0	0	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0
F	1	1	2	0	11	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	0	0	0
G	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	7	0	2	0
H	3	2	0	1	5	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0
I	2	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
J	3	0	3	0	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
K	1	0	2	1	5	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0
L	2	0	5	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	0	0
合計	24	8	34	14	47	12	6	0	10	1	3	0	0	0	2	0	10	0	1	0	68	3	5	0

表5 倫理会議の外部構成

	委員構成		定足数	議長		事後評価の議決方法
	外部	内部				
A	1	6	定めなし			全会一致
B	6	6	外部委員1名+院内2/3	規定に定め	院長	全会一致
C	2	6	外部委員1名+院内2/3	規定に定め	精神科担当部長	全会一致
D	1	8	定めなし	看護師長		事後評価は議決なし
E	1	7	外部委員1名参加のみ	規定に定め	院長	全会一致
F	2	6	定めなし	規定に定め	病棟医長	全会一致
G	1	9	定めなし	規定に定め	院長	全会一致
H	1	6	外部委員1名参加のみ	規定に定め	院長	議長判断
I	4	10	定めなし	規定に定め		議長判断
J	2	6	外部委員1名参加のみ	病棟看護師長		全会一致
K	2	7	定めなし	規定に定め	院長	多数決
L	1	7	外部委員1名参加のみ	互選		全会一致

頼する精神科医はほとんどの病院で1名であり、大部分の病院では輪番制を採用していた。外部委員はガイドライン上は、外部の精神科医1名以上を招聘することのみが規定されているが、精神科医以外の外部委員を委嘱しているところが3病院あった。2病院は精神保健福祉士が外部委員であったが、1病院では看護師、法律家となっていた。なお、精神科医以外の外部委員の参加のみで倫理会議が開

催されたことがあるという回答が2病院からあった。

すべての病院に倫理会議規程は存在していたが、定足数について、定めのないという回答が6病院、外部委員の参加のみという回答が4病院であり、院内委員の定足数を定めているという回答は2病院のみであった。

倫理会議の内部委員の構成は表7、8に示したとおりである。内部委員の議決権の有

表6 倫理会議の外部委員

	精神科医								精神科医以外の外部委員			
	委嘱数	精神科医の所属機関							出席 依頼数	依頼方法	職種	
		医学部	医学部 以外	精神保健 福祉 センター	保健所	公的 病院	民間 病院	診療所				
A	4	1		1		1	1		1	複数打診	なし	
B	6	2		2			2		1	複数打診	なし	
C	8	2				4	2		1	輪番制	あり	PSW (3名委嘱)
D	6	1		1		1	2	1	1	複数打診	なし	
E	6			1		2	3		1	輪番制	なし	
F	2		2						2	固定2名	あり	PSW (市職員)
G	4	0	1	2			1		1	輪番制	なし	
H	6	3					3		1	輪番制	なし	
I	4						4		1~2	輪番制	なし	
J	10	3		1		1	5		2	輪番制	なし	
K	2			1			1		0~1	輪番制	あり	看護師、法律家(大学教授)など
L	4	1	0	1	0	1	1		1	輪番制	なし	

表7 議決権をもつ内部委員

	部長													事務		
	院長	副院長	病棟 担当外	病棟 担当	病棟 担当医	主治 医	主治 医以外 の 病棟 医	総 看護 師 長	病 棟 担 当 護 士 長	病 棟 担 当 PSW	病 棟 担 当 OT	病 棟 担 当 CP	病 棟 担 当 コ メ ディ カル	事務 長	病 棟 担 当	病 棟 担 当 外
A	1															
B	1	1			1			1	1							
C			1		1				1							1
D		1			1	1		1				1			1	
E	1				1	1		1	1			1				
F					1		1		1	1	1				1	
G	1	1	1		1	1		1	1			1			1	
H	1	1		1				1	1							1
I	1		1		1			1	1	1					1	1
J	1	1			1				1	1		1				
K	1	1			1	1		1	1			1				1
L	1				1	1		1	1			1			1	

無に関しては、極力医療観察法病棟外の職員に限る病院とそうでない病院とに分かれるが、ほとんどの病院では、医療観察法病棟の医長、看護師長が議決権をもち、主治医が議決権をもつ病院も半数ある。

倫理会議の議長については、規程によって定められている病院では、院長・精神科部長など病院管理職が議長となっているが、病棟医長、病棟看護師長など治療チーム内の者が

議長を務める病棟もあった。

事後評価の議決方法（表 5）については、全会一致という回答が 8 病院、委員の意見を考慮したうえで議長が行うという回答が 2 病院、委員の多数決によるという回答が 1 病院、事後評価に関しては議決を行わないという回答が 1 病院であった。

4) 倫理会議の審査実績

平成 19 年 1 月 1 日～ 9 月 30 日の間の倫

表 8 議決権のない内部委員

	病棟担当精神科部長	病棟担当医長	主治医	主治医以外の病棟医	総看護師長	病棟担当看護師長	病棟担当副看護師長	受け持ち看護師	受け持ち以外の病棟看護師	病棟担当 PSW	病棟担当 OT	病棟担当 CP	病棟担当 コメディカル	病棟担当 事務	病棟担当 外務
A	1	1	1			1						1	1	1	
B										1	1	1		1	
C					1			1						1	
D															
E														1	
F															
G															
H			1					1	1	1		1			
I															
J			1	1										1	
K														1	1
L															

表 9 倫理会議の審査実績（ガイドライン記載の治療行為）

	開催頻度	開催実績	事前評価						事後評価	
			ECT		デボ剤の使用		非経口投与		ECT	麻酔薬
			審議回数	対象者数	審議回数	対象者数	審議回数	対象者数	審議回数	審議回数
A	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
B	無回答	2	0	0	0	0	0	0	0	0
C	1.5	18	1	1	0	0	1	1	0	0
D	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
E	2	12	0	0	0	0	0	0	0	0
F	2	18	0	0	0	0	0	0	0	0
G	2	18	0	0	1	1	0	0	0	0
H	1～2	15	0	0	2	2	0	0	0	0
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	2	18	0	0	0	0	0	0	0	0
K	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
L	1	8	0	0	0	0	1	1	0	0
合計		128	1	1	3	3	2	2	0	0

注：C 病院での ECT、G 病院でのデボ剤使用は対象者の同意あり

理会議の開催頻度・開催実績を表9に示した。開催頻度に関しては、ガイドラインでは原則月2回開催という基準が示されているが、4病院からは月1回という回答がよせられた。また、開棟時期から考えて開催実績が極端に少ない病院も存在していた。

倫理会議のうちガイドラインに具体的に明示されている治療行為の審査回数と対象者数を表9に示した。

ガイドラインで事前評価を義務付けられている対象者の同意の得られない修正型電気けいれん療法の施行事例はなかったが、修正型電気けいれん療法の施行例は1例あった。

対象となった事例は、統合失調症妄想型。これまでの治療経過から、薬物抵抗性の症状があり、電気けいれん療法が効果を示していたため、電気けいれん療法目的でC病院に転院となった。対象者ならびに家族からの電気けいれん療法についての同意は得られていたが、倫理会議でも事前検討を行い、承認された。なお、電気けいれん療法継続中に倫理会議の開催があり、そこでも、継続の可否について検討し、承認を受けた。

デボ剤の使用は全体で3回、3名あったが、

そのうちガイドラインに規定されている対象者の同意のない事例は2回、2名であった。また、対象者の同意の得られない向精神薬の非経口投与は2回、2名であったが、そのうちの1回、1名については鑑定入院中より経鼻栄養と向精神薬の注入が行われていた事例であった。なお、麻酔薬による強力な鎮静については実施例がなかった。

ガイドラインに具体的に記載はされていない同意のない治療行為に関する事後評価について尋ねた設問の結果について表10に示した。比較的回数の多かったのは、注射による強制投薬（全体で9回、7名）であり、通信の制限、面会の制限については議題にあがった事例はみられなかった。

本アンケートと同時に行われた「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査」のデータに基づき、医療観察法病棟開棟以来の行動の制限の状況について表11～14に示す。行動の制限が行われたのは35名、うち、隔離は28名、身体的拘束は7名であった。精神科診断としては統合失調症が大部分（74.3%）を占めるが、以下、パーソナリティ障害4名、器質性精神障害、精神遅滞各2名、その他の

表10 倫理会議の審査実績（ガイドライン未記載の同意のない治療行為等）

	開催実績	強制投薬 (注射による)		非同意経口投与		強制栄養		通信	面会
		回	人	回	人	回	人	回	回
A	9	0	0	0	0	0	0	0	0
B	2	2	2	1	1	0	0	0	0
C	18	0	0	0	0	1	1	0	0
D	9	2	2	0	0	0	0	0	0
E	12	0	0	0	0	0	0	0	0
F	18	0	0	1	1	0	0	0	0
G	18	4	2	0	0	0	0	0	0
H	15	0	0	0	0	0	0	0	0
I	-	0	0	0	0	0	0	0	0
J	18	0	0	0	0	0	0	0	0
K	1	0	0	0	0	0	0	0	0
L	8	1	1	0	0	0	0	0	0
合計	128	9	7	2	2	1	1	0	0

発達障害 1 名となっていた。行動の制限の理由としては精神症状を理由としたものがほとんどであった。

倫理会議の審議状況については、他に部屋がないために隔離室が使用された 1 例を除き、すべて倫理会議で審議され、事後承認されていた。

5) 処遇改善請求

処遇改善請求については、地方厚生局より問い合わせがあったのは、6 病院、9 名であった。このうち、3 病院、3 名は、地方厚生局の聞き取り調査後に対象者自らが処遇改善請求を取り下げている。社会保障審議会医療観察法部会の調査・審議対象となったのは、2

病院、3 名であり、いずれも処遇は適切という審査結果であった。事例の概要は以下のとおりである。

(事例 A) 反社会性パーソナリティ障害と覚せい剤精神病の合併した対象者に対して、責任レベルユニット内に行動を制限したところ、ユニット内には喫煙所がないため結果として喫煙の制限が加わることとなった⇒行動療法の一環として承認された。

(事例 B) 統合失調症の対象者、喫煙時間の設定や食事内容に不満⇒処遇は適当

(事例 C) 全く入院処遇に納得していない対象者が、①急性期から社会復帰期への病室変更、②カルテ開示及び審判提出書類の開示、

表 11 隔離・拘束の実施状況

隔離・拘束の実施状況			隔離の実施状況			拘束の実施状況		
年代	男	女	年代	男	女	年代	男	女
～ 10			～ 10			～ 10		
～ 20			～ 20			～ 20		
～ 30	12		～ 30	8		～ 30	4	
～ 40	4	5	～ 40	3	5	～ 40	1	
～ 50	5	1	～ 50	5	1	～ 50		
～ 60	4	3	～ 60	3	3	～ 60	1	
～ 70			～ 70			～ 70		
～ 80			～ 80			～ 80		
～ 90	1		～ 90			～ 90	1	
～ 100			～ 100			～ 100		
	26	9		19	9		7	0

表 12 行動制限の診断別内訳

精神科診断	件数	%
F0	2	5.7
F1	0	0.0
F2	26	74.3
F3	0	0.0
F4	0	0.0
F5	0	0.0
F6	4	11.4
F7	2	5.7
F8	1	2.9
F9	0	0.0
	35	100.0

表 13 隔離理由とその件数（複数回答可）

隔離理由	件数	
刺激を遮断して静穏で保護的な環境を提供することにより症状を緩和するため	14	26%
他害の危険を回避するため	16	30%
自殺あるいは自傷の危険を回避するため	1	2%
他の患者との人間関係が著しく損なわれないように保護するため	15	28%
自傷他害に至るほど攻撃性は強くないが興奮性が顕著である患者を保護するため	2	4%
身体合併症を有する患者の検査および治療を遂行するため	2	4%
部屋がないため	1	2%
未記入	2	4%
	53	100%