

200833002A

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 20 年度
総括・分担研究報告書

平成 21 (2009) 年 3 月

研究代表者 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..... 53
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..... 83
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..... 93
5. 入院対象者の病状評価に関する研究
来住 由樹..... 123
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..... 147
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..... 249
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..... 313
9. 措置入院制度の運用実態に関する研究
吉住 昭..... 421

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

研究代表者：中島 豊爾 地方独立行政法人 岡山県精神科医療センター

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）

川副 泰成（国保旭中央病院）

平田 豊明（静岡県立こころの医療センター）

宮崎 隆吉（宮崎クリニック）

岡江 晃（京都府立洛南病院）

佐藤三四郎（東京福祉大学）

藤井 康男（山梨県立北病院）

吉住 昭（独立行政法人国立病院機構花巻病院）

来住 由樹（地方独立行政法人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」が平成 17 年 7 月 15 日に施行され、4 年目を迎えている。本法の運用の実態を把握し、適正かつ円滑な運用に資することにより、わが国の司法精神医療と、一般の精神医療の質を向上させることを目的に研究を行った。

法の運用における人権擁護、鑑定入院の適正な運用、指定入院医療機関の安全管理体制、指定入院医療機関の小規模病棟の適正運用、入院対象者の病状評価、通院処遇における関係機関の連携体制と診療所の役割、法運用における精神保健福祉士の役割、措置入院の運用実態等の課題毎に、各分担研究者により研究が実施された。

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：五十嵐禎人）

臨床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、昨年度に引き続き指定入院医療機関の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。法施行後の運用状況を踏まえたガイドラインの見直しが必要であり、検討の結果、「倫理会議規程のモデル（案）」を提示した。

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）

19 年度の研究で提示した鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準（案）について、全国の鑑定入院医療機関における達成度や賛否状況を調査した結果、医療水準（案）は現実的にも妥当で達成可能な内容であることが示された。また、鑑定入院医療機関の基準の法令化や適切な施設の選別と指導監督制度など、制度設計の見直しも検討の余地があると考えられた。

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)

本研究では自傷他害と離院の防止に焦点を絞り、小規模併設型病棟に関して「建物構造及び備品類」、「持込の物品管理」等について、新築する場合と既存病棟を改修する場合に分けて検討を行なった。改修による設置には、病院ごとに有する既存病棟建築時期等の条件により、相当の制約が生じる点を整理した。

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)

自治体立病院における指定入院医療機関整備の全国状況の把握のためのアンケート調査を再び行い、平成18年度調査との比較検討を行なった。また、人口の少ない都道府県での小規模併設型病棟計画の有益性についてまとめた。

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)

指定入院医療機関の入院期間を調査するとともに、施設ごとの差異を指摘した。入院期間は短期群、中心群、長期群、退院困難群の4つの群に層別化され、ピアレビューにより、施設ごとに入院期間を短縮できる可能性について検討した。また、入院対象者の精神科併存症についての検討を、一つのパイロット施設でおこなった結果、広汎性発達障害、精神遅滞、物質関連障害の併存率が高かった。

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)

前年度に引き続き、全国の保護観察所を対象としたアンケート調査を実施し、通院処遇の全国的な実施状況、通院処遇中の対象者の住居、通院処遇中の対象者の身体合併症、処遇終了と関係機関の連携について検討した。通院処遇は、直接通院に比較して移行通院が増加し、両者の比率はほぼ同数となった。通院開始時の精神保健福祉法による入院は、直接通院43%、移行通院12%に認め、通院処遇期間中の41%の対象者に精神保健福祉法入院歴があった。

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)

アンケート調査の結果、多くのデイケア併設診療所は医療観察法の枠外での関わりを希望していた。指定通院医療機関へのアンケート調査によると、地域処遇から一般医療への円滑な移行のためには、地域処遇の終了基準を明確にすることと、指定通院医療機関と精神科診療所を含む一般の精神科医療機関や地域の福祉施設との連携をはかることが重要であると考えられた。

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)

社会復帰調整官について、業務や役割を明確化し、標準的な調整官業務の提言を行った。また精神保健参与員が常時携帯できる、「参与員ハンドブック」を作成した。通院処遇ガイドラインでは精神保健福祉士の役割は曖昧であるため、ガイドライン改訂の準備が必要であると考えられた。

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)

精神保健福祉法第24条の運用実態について、通報件数が増加している3県から聞き取りをし、増加の要因と措置入院制度運用の問題点との把握を行った。また、措置入院制度のモニタリングにかかる文書管理システム(試用版)の評価を行った結果、操作性に関する技術的な問題、コンピューターシステム上使用できないなど、今後の開発には課題が多いことが明らかとなった。

A. 研究目的

本研究は、先行する松下班研究を基礎として、医療観察法(以下、法と略す。)の運用実態を実証的に検証し、もって行政施策並びに法の運用に関わる専門職の質の向上に役立ち、法の円滑な運用に資することを目的としている。ひいては、この研究が日本に司法精神医療を着実に根付かせる一助となることを期待している。

B. 研究方法

対象者の処遇の流れに沿って、鑑定入院の検証、指定入院医療機関の整備ならびに自治体病院の設置準備状況と、小規模病棟の安全性に関する検討、指定入院医療機関における治療の実態、通院処遇から一般医療への流れの中で起こっている諸問題、法運用上の人権擁護と倫理上の問題の検証、法の運用に関わる精神保健福祉士の現状と課題、法施行に伴う措置入院制度の運用状況の把握方法などの課題について、各分担研究者による実地聞き取り調査、アンケート調査、事例検討、ピアレビュー研究等の方法を適宜組み合わせ、研究を実施した。また、主任研究者はこれらを連携、統括した。

(倫理面への配慮)

本研究の研究課題のいくつかにおいては、医療観察法の対象者の個人情報扱う可能性があるため、全ての分担研究者は下記の取り

決めに従うものとした。

- 1) 研究において個人情報を取り扱う際には、分担研究者の所属する施設に設置された倫理委員会の審査を経るものとする。
- 2) 入手した個人情報は外部からアクセスできない環境で適切に管理する。
- 3) 対象者に対する介入的要素を含む研究を行う際には、研究に参加する対象者の書面による同意を得るものとする。
- 4) 入手したデータを公表する際には、必要な統計処理を加え、またはデータの一部を破棄または改変するなどして、個人が特定できない形にした上で公表するものとする。

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

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)

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、昨年度に引き続き指定入院医療機関の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。倫理会議に関する規程は医療観察法施行前に作成された指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドラインの記載のみであり、施行後の運用状況を踏まえたガイドラインの見直しが必要である。検討の結果、「倫

理会議規程のモデル（案）」を提示するとともに、平成20年8月の省令改正によって導入された特定病床・特定医療施設については、医療観察法指定入院医療機関の整備を進めることが重要であることを指摘した。

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)

19年度の研究で提示した鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準（案）について、全国の鑑定入院医療機関における達成度や賛否状況を調査した結果、医療水準（案）は現実的にも妥当で達成可能な内容であることが示された。なお鑑定入院医療機関は、一般精神医療に比して対象者の行動制限を強固に行う一方で、対象者への医療提供や説明に関して消極的に過ぎるという傾向を認めた。この点について今後の早急な是正が求められ、施設ごとの自助努力のほか、鑑定入院医療機関の基準の法令化や適切な施設の選別と指導監督制度など、制度設計の見直しも検討の余地があると考えられた。

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)

指定通院への移行のしやすさを考慮すると、中規模以下の人口の府県においても14床以下の併設型指定入院病棟を設置する必要がある。しかしセキュリティ問題についての検討が重要であることから、当研究では自傷他害と離院の防止に焦点を絞り、「建物構造及び備品類」、「持込の物品管理」等について、新築する場合と既存病棟を改修する場合に分けて検討を行なった。

また新築と既存病棟改修の併設型指定入院病棟の試案と平面図を作成し、医療法上の施設基準、建築基準法上の耐震基準、さらに都市計画法上の基準の経年的な改正により、改修による設置には、病院ごとに有する既存病

棟建築時期等の条件により、相当の制約が生じる点を整理した。

(1) フル規格病棟

「危険物や違法薬物等の持ち込み」、「離院」、「自傷他害」の防止の為に、設備および備品類に工夫がなされている。また、「物品管理」は主に「自傷他害」防止のため、相当に厳格な管理がなされている。

(2) 病棟新築による併設型小規格病棟

フル規格病棟の建築構造面のセキュリティに近づけるために必要な病棟構造を検討し、試案の平面図を作成した。

(3) 既存病棟改修による併設型小規格病棟

例として洛南病院の既存病棟を改修する場合の試案の平面図を作成した。

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)

指定入院病床が逼迫している現状を鑑み、自治体立病院における指定入院医療機関整備の全国状況の把握のためのアンケート調査を再び行い、平成18年度調査との比較検討を行なった。都道府県立精神科病院で、医療観察法入院医療に取り組む予定の施設は増加していた。また大阪府立精神医療センターにおける5床の小規格併設型指定入院医療機関の運用状況について報告し、人口の少ない都道府県での小規格併設型病棟計画の有益性についてまとめた。さらに、遠方からの指定入院対象者を受け指定入院医療機関の移動負担について調査し、小規格病棟整備の意義について考察した。

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)

指定入院医療機関の入院期間を調査するとともに、施設ごとの差異を指摘した。現在の推計入院期間は中央値603日、平均値で620日を示しており、入院期間は短期群（1年以

内)、中心群(1~2年)、長期群(2~3年)、退院困難群(3年以上)の4つの群に層別化された。そしてピアレビューにより、施設ごとに入院期間を短縮できる可能性について検討し、退院促進に関する方略と方策に関して考察した。

また入院対象者の主診断と精神科併存症についての検討を、一つのパイロット施設でおこなった。広汎性発達障害、精神遅滞、物質関連障害の併存率は高く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例も多く、これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が必要であると考えられた。広汎性発達障害の診断と治療は、まだ鑑定や日常臨床において十分な共有がなされておらず、その結果、医療観察法の鑑定、審判、治療などの断面で課題が生じていた。

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)

前年度に引き続き、全国の保護観察所を対象としたアンケート調査を実施し、通院処遇の全国的な実施状況、通院処遇中の対象者の住居、通院処遇中の対象者の身体合併症、処遇終了と関係機関の連携について検討した。

通院処遇は、直接通院に比較して移行通院が増加し、両者の比率はほぼ同数となった。通院開始時の精神保健福祉法による入院は、直接通院43%、移行通院12%に認め、通院処遇期間中の41%の対象者に精神保健福祉法入院歴があった。

通院処遇中の対象者の住居は、家族同居56%、単身民間賃貸住宅19%、社会復帰施設17%、単身自家・社宅3%などの順であった。

また通院処遇中の対象者の身体合併症は、19%で他科受診が必要な身体合併症が認められたが、外来治療のみが15%、要入院3%、要入院・手術1%であった。

処遇終了と関係機関の連携では、処遇終了

者が54名あり、処遇終了までの平均通院期間は19.4ヵ月だった。処遇終了の理由は、通院処遇の目的達成68%のほか、死亡終了17%、対象外認定11%などであった。処遇終了後は、指定通院医療機関にそのまま通院73%、以前の医療機関7%、その他の医療機関18%、通院自体の終了2%であった。

今年度は研究の集大成として小冊子「通院処遇ハンドブック」を作成し、初めて通院対象者を受け入れる関係者などの参考に供することにした。

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)

アンケート調査により、精神科診療所の医療観察法対象者への関わりの可能性を検討した。まずデイケア併設の精神科診療所が医療観察法制度に参画する可能性について調査した結果、多くのデイケア併設診療所は医療観察法の枠外での関わりを希望していた。

次に付添人へのアンケート調査を行い、医療観察法対象者の社会復帰を困難とする地域精神医療福祉の課題と必要な事柄を検討した。その結果、対象者の社会復帰のためには、地域における一般の精神医療・福祉の充実が何より重要であると考えられた。

さらに指定通院医療機関へのアンケートを実施した。地域処遇から一般医療への円滑な移行のためには、地域処遇の終了基準を明確にすることと、指定通院医療機関と精神科診療所を含む一般の精神科医療機関や地域の福祉施設との連携をはかることが重要であると考えられた。

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)

精神保健福祉士が医療観察法に関与する5領域(社会復帰調整官、精神保健参与員、指定入院医療機関、指定通院医療機関、地域精

神保健福祉関係機関)について研究した。

社会復帰調整官について、調整官による集団討議、業務量調査、精神保健観察業務分析を行い、調整官の業務や役割を明確化し、標準的な調整官業務の提言を行った。また精神保健参与員について、業務への習熟度に格差が見られており、参与員に対する研修の充実の必要性があり、参与員が常時携帯できる、「参与員ハンドブック」を作成した。

次に指定入院医療機関での役割について、ケア会議のあり方について検討した。ケア会議は、その手法が発達途上にあり、実施のあり方に地域差が大きいため、地域の事情にも応じつつ指針を作成する必要があると考えた。そして指定通院医療機関での役割では、通院処遇ガイドラインには通院医療機関の精神保健福祉士の役割は曖昧な記述にとどまっているが、今後は明確化しガイドライン改訂の準備が法の円滑な運用のために必要であることを指摘した。さらに地域精神保健福祉機関での役割は、精神障害者社会復帰施設の役割について検討し、精神保健福祉士の配置がまだ多くなく(29%)、配置比率が高いところほど医療観察法対象者への社会復帰施設の対応が可能となっていることを示した。

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)

精神保健福祉法第24条の運用実態について、通報件数が増加している3県から聞き取りをし、増加の要因と措置入院制度運用の問題点との把握を行った。通報件数増加の実態はさらに分析する必要があるとともに、入院処遇となった患者の権利擁護、退院促進と地域移行の取り組みの実態と、今後の課題を明らかにしていく必要があると思われた。

また措置入院制度のモニタリングにかかる文書管理システム(試用版)の評価について調査を行った。モニタリングは、制度の適正

な運用にあたり必要なものであるが、現在はすべての事務処理が紙による文書で行われているため困難であり、電子化による文書管理システムの構築などの方策により可能になると考えた。そこで事前調査票、措置入院に関する診断書、措置症状消退届について、昨年度作成したシステムを試用し、都道府県と政令指定都市担当者にアンケート調査を行った。操作性に関する技術的な問題、コンピューターシステム上使用できないなど、今後の開発には課題が多いことが明らかとなった。

D. 考察

以上の研究結果について、各分担研究の順に沿って考察を行う。

鑑定入院医療機関における医療水準のばらつきは大きく、施設ごとの医療資源の差異に始まり、処遇決定のプロセスや対象者への説明・告知の方法、対象者の行動制限から治療戦略に至るまで施設間格差・地域格差は大きい。

鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準案は、本年度の調査結果から、医療水準案の達成度の中央値は、A水準においては93%、B水準においては82%、C水準においては58%であった。将来的には、ある程度人材の確保できる施設に鑑定入院医療機関を限定するか、もしくは施設外の医師が鑑定のピアレビューを行うなどして公平性を担保することが必要であろう。また他害行為を行った直後の対象者に対して複雑な医療観察法制度の説明を行うに当たっては口頭では心許ない。厚生労働科学研究班のモデル文書を各施設に広めるなどの取り組みが必要である。

医療水準案は現実的にも多くの鑑定入院医療機関で受け入れられている基準を示していると言えるが、未だ達成されていない項目も多い。それらを総括すると、鑑定入院医療機関は一般精神医療に比べて、治療に対して消

極的であり、行動制限に関してはより強固であり、対象者への告知についてもなおざりになりがちな傾向があるという実態がある。これらは言うまでもなく今後早急に是正すべき問題である。

さらに鑑定入院制度の運営責任が不明確で、法令的根拠が乏しいという問題がある。鑑定という作業が対象者の治療を含むものか否か、鑑定入院制度を所管するのが厚生労働省なのか法務省なのか裁判所なのか、といった制度設計上の整理があいまいなままである。鑑定入院は病院で行われ、病院の管轄は厚生労働省であるが、同省には鑑定入院医療機関そのものを指導監督する権限がない。鑑定入院命令を発しその医療費を支弁するのは裁判所であるが、鑑定入院中の医療内容の妥当性を検証し医療費の査定を行う技術を裁判所が有しているかは疑問である。鑑定入院制度のあり方を今一度見直すべき時期に来ているといえるのではなからうか。

次に入院処遇についてみると、3年を過ぎた段階で入院期間や治療内容に施設間の差異が出ています。地域や施設の特異性を反映して「多様性」として評価できるところもあるが、医療の透明性や標準化という意味では問題を残すと言わざるを得ない。医療観察法医療は強い拘束力を持つ治療であることは論を待たないし、社会復帰を促進するという観点から、高いレベルで共通した医療を提供し、入院期間を短縮する努力を払い続けなければならない。

また、ピアレビューという介入は成功しているといえよう。しかしピアレビューの方法論にも工夫が必要である。第1には今回の入院期間調査のように共通の施設を比較するデータが必要である。今後は、入院期間のみならず、治療や処遇の在り方、多職種チーム医療の在り方などを事前に調査して臨む必要がある。また第2にピアレビューである特徴

は、上からの審査でなく共通基盤での意見の交流の中から、問題点や改善点を紡ぎ出す作業である。高いレベルの医療を共通して作り上げている気概の共有が必要である。そして第3に多職種によるピアレビューの有効性に注目すべきである。第4に参加したピアレビューにとっても他施設の医療を深く知る機会となり、自らの医療を振り返る契機となる。このために先行施設のみがピアレビューになるのではなく、通院施設や地域精神保健福祉の現場からのメンバー、また通院医療施設や鑑定医療施設の多職種メンバー、社会復帰調整官のピアレビューも今後の課題である。

なお入院対象者の精神科併存症としては広汎性発達障害、精神遅滞、物質関連障害が多く、統合失調症に伴う認知機能低下が重度である事例も多い。これらに対応できる治療構造と治療プログラムの準備が不可欠であると考えられた。一方で人格障害の診断は少なく、責任能力を認めるような運用がきちんとなされていると推察された。

これまで指定入院医療機関では治療プログラムについて、非薬物療法による治療の役割が強調され、特に認知行動療法モデルによる治療プログラムが開発されて来た。しかし発達障害を有する対象者の場合、まずは環境面の混乱を最小化し、特性に応じた目標設定と、一日の生活の構造化が必要とされるが、その点についての指定医療機関での共有が必要であると考えられた。

また認知機能が重度に低下した統合失調症を有する対象者には、現在準備できている疾病教育プログラム等是有効とは言えず、概念抽象化障害や常同思考等を有する対象者への治療プログラムの開発と標準化が必要と思われるが、現実的には支援ネットワークの強化しかなく精神保健福祉法医療や障害者福祉サービスとの関係で議論するほかないであろう。

物質関連障害の併存率は高く、自助グループによるプログラム他、物質関連障害治療プログラムの整備が急がれる。特に統合失調症者においても併存率は高く、その場合認知機能の問題から、標準型の物質関連障害プログラムでは断酒や断薬のための動機付け強化にならないことが経験されており、併存症としての物質関連障害への治療手段の開発と標準化が望まれる。

なお入院期間が長期となっている群では、併存症問題の解決が一つの鍵であると推察され、今後は全国データの把握と入院期間等との相関を解析する必要がある。

さて、調査結果によると医療観察法入院医療に取り組む予定のある自治体立病院は、年ごとに増えており、20年度には11病院が計画を有し、10病院が検討中であった。今後は人口等に応じた規模の指定入院病棟が自治体立病院にも増えていくことが現実的となっている。その一方で、指定入院医療機関を設置しない理由として、都道府県の反対、地域住民の反対などがあげられており、自治体立病院だけの意向では設置がなかなか困難である状況が伺え、一部の施設では経営形態の検討が入院機関の設置にも影響を与えていた。

小規模病棟が有利な点は、地元に着していることで、支援する関係機関との連携を密接に行うことができ、外泊等の社会復帰期のプログラムをスタッフの負担が少なく行うことが可能であるなど、十分に認められた。セキュリティやアメニティに課題は残るものの、治療プログラムなどその他には大きな差異なく運用できる余地はあり、小規模病床の普及は現実的と考えられた。電気けいれん療法、クロザピンの処方、依存症プログラムの存在など治療の側面は、病棟の規模よりも、親病院の機能と専門性に関係すると考えられた。

また、指定入院医療機関が指定入院対象者の遠距離入院を受けることによって、医療機

関には過大な移動負担が生じることが確認された。H20年9月30日時点で、管外圏域入院者の比率は、全入院者の約1/3、もっとも高い医療機関では約6割であった。医療機関側の移動負担が大きいということは、同時に、家族等の移動負担が大きいということでもある。

指定入院対象者の遠距離入院の最大の要因は、指定入院病床の不足であるが、その偏在も大きな要因である。また注目すべきことは、調査時点において、指定入院患者が9名以下しか発生していない都道府県が全国に33府県あり、その中で指定入院病床がない府県が25あったという点である。このような府県では、僅かずつでも指定入院病床が整備されれば、指定入院病床充足率も確保され、結果として、遠距離入院は相当数削減できると考えられる。

医療観察法病棟の設置を検討するには、既存病棟の改修を検討する必要があるが、その過程で、医療法、建築基準法さらに都市計画法が相当のネックとなる可能性が明らかになった。その点について以下に若干の解説を加えておく。

一つは医療法の施設基準であるが、平成13年3月より新基準に変更された。それまでの旧基準では1床面積4.3㎡以上、廊下幅1.2m以上（両側居室の場合1.6m以上）であった。新基準は1床6.4㎡以上、廊下幅1.8m（両側居室の場合2.7m以上）となっている。多くの旧基準の病棟では、一般病床2床で医療観察法病床1床とするなら、フル規格病棟の10㎡を確保することは困難である。これらを勘案すると、旧基準の病室を改修して医療観察法病床を設置するためには、従来の病床の減少が大きくなり、病棟全体の採算性が問題となる。これらの問題は、既存病棟に医療観察法部分を増築することによってかなり解決が可能となるだろう。

二つ目は、建築基準法の耐震構造の問題である。現在、①1981年5月以前、②1981年6月以降から2007年5月まで、③2007年6月以降の3種類の耐震構造の建築が存在している。どの時期の建物でも、病棟内部の改修をするだけなら、耐震基準は大きな障害にはならない。しかし既存病棟を増築しようとする、1981年5月以前の建物は、既存病棟にも2007年6月以降の厳しい基準の耐震改修をしなければならない。従ってほぼ増築は不可能であろう。1981年6月から2007年5月までの既存病棟の増築は、その増築の床面積は既存建物の二分の一以下であり、一定期間の延期が可能な場合もあるが、いずれにしても既存病棟の耐震診断と耐震改修を行わなければならない。これらの耐震構造の基準、規制が、既存病棟に医療観察法部分を増築する場合に大きな障害となり得る。

三つ目は、都市計画法である。医療機関の立地条件によっては、都市計画法（2007年11月改正）が新築や増築の障害になる可能性がある。市街化区域で一定以上の土地開発を伴う場合には、それまでは除外されていた病院や老健施設でも、進入道路幅などの要件が課せられるようになった。

次に、地域処遇についてみてみると、指定通院医療機関の運営には地域によって大きなばらつきがあり、また、地域処遇終了の基準も明確ではない現状にある。地域処遇から一般精神科医療への円滑な移行のためには、指定通院医療機関と精神科診療所を含む一般の精神科医療機関との連携、および併診が望まれる。また、指定通院医療機関が偏在、不足している現状においては、対象者の不利益を最少とするために、精神科診療所にも医療観察法における何らかの役割を期待する声も少なくない。こうした状況で精神科診療所が医療観察法に対して無関心であってはならず、付添人からの相談、指定通院医療機関の補完

型としての診療など可能な事から参画することが現実的であろう。

なお、医療観察法対象者の多くには精神科治療歴があり、その間の治療は必ずしもうまくいっておらず、また社会的支援も不十分であったことが推測される。医療観察法対象者が対象行為を起こす以前に暮らしていた地域社会の問題は、そのまま、対象者が処遇終了後に社会復帰して行く地域社会の問題でもある。対象者の社会復帰促進のためには、一般の地域医療・福祉で必要な医療中断の防止、患者家族への支援、アウトリーチ等の充実が極めて重要である。

また、地域処遇の現状についてみると、徐々に障害福祉サービス等の利用が通院対象者にも広がっているが、これは社会復帰調整官をはじめ、現場の関係者の継続的な努力の成果と言える。例えば、対象者の住居が社会復帰施設に求められる時は、重大な他害行為を行なったことによる施設側の心理的なハードルの高さのほか、報酬が見合っていないこと、入居までに一定期間を要するにもかかわらず空室確保料がないことなどが問題になっている。

また、処遇終了後の地域ケアにもいくつかの課題がある。特に、社会復帰調整官に代わって、事例やその家族の相談に乗りながら地域での医療・福祉をコーディネートする機能が不可欠である。これによって現在社会的入院を余儀なくされている長期在院者や病状が安定せず入退院を繰り返している地域の精神障害者など、触法精神障害者だけでなく、一般の精神障害者も地域で支えることが可能となるであろう。

なお、医療観察法制度においては、司法、医療、保健、福祉等の多様な機関が関与しており、複数機関が同時に関与するとともに、治療と処遇の段階に応じて中心的な役割が順次移行していく。精神保健福祉士は、地方裁

判所、保護観察所、指定入院機関、指定通院機関、地域精神保健福祉機関のいずれにおいても、精神障害者の社会復帰を担う専門職として、コーディネート等の重要な役割を担っている。しかしいずれの機関でも精神保健福祉士の配置は不十分であり、その増員が重要な課題となっている。

さて、指定入院医療機関の倫理会議の機能については、ガイドラインの規定をみるかぎり、イギリスにおける精神保健法委員会(Mental Health Act Commission)の提供するセカンド・オピニオン医師の派遣サービスに類似した性格を持つと考えられる。つまり、対象者の同意の得られない治療について、治療者から独立した立場の専門家(精神科医)による審査・判断を得ることによって、その治療行為の医学的必要性・適正性を担保し、そのことによって、治療を受ける精神障害者の人権を擁護しようとする仕組みである。こうした制度がわが国の精神科領域に導入されたことは、極めて意義深いことといえる。開催頻度、議決権と議決方法、構成員、議題事項等について法律家の立場からモデル規程案が提出されたが、今後はガイドラインにおいて具体的な内容の提示が必要であろう。

平成20年8月1日の省令改正によって導入された特定病床・特定医療施設は、医療観察法病床の極端な不足に対する窮余の一策として、容認すべきであろう。しかし、この制度は、手厚い人員配置と充実した施設、多職種協働チームmulti-disciplinary teamによる本人の同意を得た上で行われるきめの細かい治療という、医療観察法による入院治療の基本理念をなしくずしにする可能性もある施策である。なるべく早い時期に、こうした制度を廃止することが可能となるよう、政府を始めとした関係諸機関の努力によって、指定入院医療機関の早急な整備を進めることが重要であ

る。

ところで、医療観察法が施行される前には入院対象者の多くは措置入院で精神科病院に入院していたと推定され、医療観察法の施行が、一般精神科医療に与えた影響を具体的に把握する一つの視点として、措置入院運用状況の変化を確認することが必要である。このためのモニタリングシステムの構築が必要であるが、開発にはなお課題を残している。

E. 結論

研究結果、考察は以上のとおりであるが、現時点における法運用上の避けがたい喫緊の課題は、指定入院医療機関病床の確保である。特に、全都道府県への小規模病床を含めた入院医療施設の設置は、何よりも優先されなければならない。厚生労働省は、非常なる覚悟でこの課題に取り組んでいるが、本法は国の施策として定められたものであり、厚生労働省だけに任せるのではなく、国をあげて推進すべきものである。それにもかかわらず、厚生労働省以外の省庁の熱意があまり感じられないのは、極めて悲しい現実といわざるを得ない。切に、国をあげての取り組みを期待する。

F. 健康危険情報

特になし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
特になし
2. 実用新案登録

- 特になし
- 3. その他
- 特になし

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

（研究代表者：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 20 年度

分担研究報告書

平成 21（2009）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 20 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、効率の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。昨年度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。

医療観察法病棟全体としては、対象者数や病床数の増加にもかかわらず、対象者の同意によらない治療行為が行われることは多くない。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病棟も多い。その一方で、医療観察法病棟の増加もあって、倫理会議の運用状況には、施設間の差異が生じている現状にある。

倫理会議に関する規定は、医療観察法施行前に作成された指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドラインの記載のみである。施行後の運用状況を踏まえたガイドラインの見直しが必要である。検討の結果、月1回議題の有無にかかわらず定期的に開催すること、病棟規模の大小による差は不要であること、対象者の同意のないデボ剤の使用に関しては引き続き倫理会議による事前審査の対象とすべきことを提言し、倫理会議規程のモデル案を提示した。

また、2008年8月の省令改正によって導入された特定病床・特定医療機関については、医療観察法による入院治療の基本理念をなしくずしにする危険性もある制度であり、早急に解消できるように指定入院医療機関の整備を進めることが重要であることを指摘した。

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軽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。

本年度は、昨年度までの成果を踏まえ、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ない、医療観察法病棟倫理会議の運用と課題を明らかにし、また、医療観察法の施行後の運用状況から明らかとなった法的課題に関する検討を行った。

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20年9月26日

昨年度の研究成果の確認と本年度の研究計画、研究会議以前に行われた聞き取り調査の結果についての討議。

2. 平成20年12月5日

アンケート調査の進行状況ならびに医療観察法の運用上の法的課題に関する討議。

3. 平成21年2月21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

医療観察法病棟を有する病院に対して、精神科医と法律家がペアとなって訪問し、医療

視察法病棟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20年9月までに開棟した16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、個人情報に直接扱うものではなく、個人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8月14日 大阪府精神医療センター
- 平成20年9月9～10日 岡山県精神科医療センター

なお、研究分担者は、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20年9月末日現在に医療観察法病棟を開棟している16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16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特定病床・特定医療機関制度、⑤処遇改善請求、⑥退院許可等の申立て、⑦当初審判終了後の付添人活動、⑧病棟外部評価会議の構成、⑨倫理会議のあり方についての回答者の意識、⑩ガイドライン改定に関する回答者の考え方である。

なお、昨年度に引き続き、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」(研究代表者：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」(研究分担者：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、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(センター、花巻、東尾張、肥前、北陸、さいがた、久里浜、下総、岡山、賀茂)、17床の小規模病棟(小諸高原、琉球、菊池、榊原)、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。なお、久里浜は平成20年10月に増床され、現在は50床の規模で運営されている。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10月1日から平成20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1)は、当初審判からの入院が251名、通院処遇からの入院が3名、他の指定入院医療機関からの転入院が120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85名、医療観察法による医療の終了による退院が20名、他の指定入院医療機関への転院が89名、その他の退院1名であった。

平成19年10月1日から平成20年9月30日までの入院対象者の精神科主診断を表2に示した。全体の80.3%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7.9%、気分障害(F3)が4.8%、器質性精神障害(F0)

が2.5%であった。新規入院対象者に占める統合失調症の割合は、平成18年度74.3%～95.0%、平成19年度45.5%～100.0%であったが、平成20年度は40.0%～100.0%と引き続き、病棟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3に示した(複数回答)。対象行為として多いのは傷害126

件、放火既遂83件、殺人未遂61件、殺人既遂59件であった。殺人既遂と傷害致死をあわせて69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1～20名、内部委員1～10名であった(表4)。外部委員として委嘱している精神科医数は、1～12

表1 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		特定病床在院歴		退院(通院)		退院(終了)		転院		その他	
	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A	10	5	0	0	7	2	2	1	8	5	0	0	5	1	0	0
B	12	1	0	0	2	1	0	0	5	0	1	0	16	3	0	0
C	11	1	1	0	7	0	2	0	9	2	0	0	2	0	0	0
D	4	1	1	0	20	7	6	2	2	1	0	0	3	1	0	0
E	7	3	0	0	1	1	0	0	7	1	2	0	1	1	0	0
F	11	6	0	0	3	1	3	0	7	1	3	1	7	2	0	0
G	22	2	0	0	1	0	3	0	5	3	5	0	10	0	0	0
H	17	4	0	0	0	0	0	0	8	4	0	1	4	1	0	0
I	14	2	0	0	7	1	0	0	1	1	0	1	1	0	3	0
J	1	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0
K	30	7	1	0	17	1	0	0	3	0	0	0	11	2	0	0
L	15	2	0	0	15	3	2	1	0	0	0	0	0	0	30	5
M	21	6	0	0	1	0	2	2	8	1	3	0	8	5	1	0
N	5	3	0	0	6	5	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0
O	11	5	0	0	8	0	0	0	1	0	2	0	2	1	1	1
P	11	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
合計	202	49	3	0	98	22	20	6	66	19	16	4	72	17	35	6
	251		3		120		26		85		20		89		41	

表2 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	0	1	17	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	2	0	1	0	5	1	1	2	0	0	1	0	1	0	1	0
C	0	0	1	0	11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	1	0	3	0	20	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	0	0	1	0	6	4	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	0	0	1	0	10	2	2	4	0	0	1	0	0	0	0	1
G	0	0	4	0	18	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
H	0	0	0	0	15	4	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0
I	1	0	1	0	18	2	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0
J	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	2	0	2	0	27	5	1	1	2	0	0	0	0	0	0	0
L	0	0	0	0	25	4	0	1	0	0	1	0	1	0	2	0
M	0	0	3	0	20	5	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0
N	1	0	1	1	9	5	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0
O	1	0	4	0	13	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P	1	0	4	0	13	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	9	0	26	2	230	55	6	11	3	0	5	0	3	0	4	1