

名で、その所属機関は表5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

表3 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	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女	男	女
A	2	3	2	0	5	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7	3	0	0	
B	2	1	2	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	0	0	
C	4	0	8	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0		
D	3	2	5	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	13	2	0	0		
E	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	2	0	0		
F	1	1	1	4	4	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	1	0	0	5	0	0	0		
G	2	0	4	0	5	1	2	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	8	1	0	0		
H	1	2	2	0	3	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	2	0	5	0	1	1		
I	3	1	4	0	6	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0		
J	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0		
K	9	1	7	3	7	2	1	0	3	0	1	0	0	0	1	0	1	0	16	0	3	1		
L	8	1	3	1	6	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	10	1	1	0		
M	2	1	1	0	8	5	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	7	1	1	0		
N	0	1	0	2	2	5	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	0		
O	1	2	5	1	9	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	0	0		
P	3	0	2	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	0	0	0		
	43	16	46	15	60	23	4	4	12	0	5	0	0	3	0	9	0	2	0	114	12	8	2	
		59		61		83		8		12		5		0		3		9			126		10	
合計				120				91				17				3			11					

表4 倫理会議の構成

	委員構成		委嘱精神科医数	定足数	議長		事後評価の議決方法
	外部	内部					
A	4	1	4	外部委員1名以上のみ	病棟師長		全会一致
B	5	6	5	外部委員1名以上の参加と院内委員の2/3以上の参加	倫理会議規程	院長	全会一致
C	2	5	7	外部委員1名以上の参加と院内委員の2/3以上の参加	倫理会議規程	第1病棟部長	全会一致
D	1	9	8	特に定めなし	その他		議決をしない
E	1	7	6	外部委員1名以上のみ	倫理会議規程	院長	全会一致
F	2	6	1	外部委員1名以上のみ	倫理会議規程	精神科医長	全会一致
G	4	9	4	特に定めなし	倫理会議規程	院長	全会一致
H	1	6	5	特に定めなし	倫理会議規程	院長	議長判断
I	1	8	1	特に定めなし	倫理会議規程	院長	全会一致
J	4	7	4	特に定めなし	倫理会議規程	院長	全会一致
K	20	6	12	外部委員2名と院内委員3名以上	その他		全会一致
L	1	10	2	外部委員1名と院内委員9名の参加	委員同士互選		全会一致
M	2	5	7	特に定めなし	病棟看護師長		全会一致
N	1~2	9	6	特に定めなし	倫理会議規程		規定なし
O	8	7	2	特に定めなし	倫理会議規程	院長	全会一致
P	1	7	4	外部委員1名以上の参加と院内委員の2/3以上の参加	病棟看護師長		全会一致

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4病院あった。3病院は精神保健福祉士が外部委員であったが、1病院では精

神保健福祉士のほか看護師、法律家、行政職員となっていた。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3病院からあり、そのうち1病院では、議決も行われたという回答で

表5 倫理会議の外部委員

	委嘱人数	精神科医の所属								出席依頼人数	依頼方法	専門資格	
		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	その他			指定医	判定医
A	4	1	0	1	0	1	1	0	0	1	輪番制	4/4	1/4
B	5	1	0	1	0	1	2	0	0	1	都合のいい方	5/5	5/5
C	7	1	0	0	0	4	2	0	0	2	輪番制	6/6	5/6
D	8	2	0	2	0	1	2	1	0	1	都合のいい方	8/8	3/8
E	6	0	0	1	0	2	3	0	0	1	輪番制	6/6	3/6
F	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0.5	輪番制	1/1	0/0
G	4	0	1	2	0	0	1	0	0	1	輪番制	4/4	1/4
H	5	2	0	0	0	0	3	0	0	1	輪番制	5/5	3/5
I	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	その他	1/1	0/0
J	4	0	0	0	0	0	4	0	0	2	都合のいい方	4/4	4/4
K	12	4	0	0	0	0	6	2	0	1	都合のいい方	12/12	9/12
L	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	輪番制	0/0	0/0
M	7	2	0	0	0	1	4	0	0	2	輪番制	7/7	7/7
N	6	3	0	0	0	0	2	1	0	1	輪番制	6/6	1/6
O	2	0	0	1	0	0	1	0	0	2	輪番制	2/2	2/2
P	4	1	0	1	0	1	1	0	0	1	輪番制	4/4	4/4

表6 倫理会議の精神科医以外の外部委員

	精神科医以外の外部委員	精神科医以外の専門家	精神科医の参加なし	
			回数	議決
A	なし			
B	なし			
C	精神保健福祉士	教育機関勤務	1	0
D	なし			
E	なし			
F	精神保健福祉士・他の精神保健専門職	臨床心理士・保健婦	12	0
G	なし			
H	なし			
I	なし			
J	なし			
K	精神保健福祉士	県の参与員		
L	なし			
M	なし			
N	なし			
O	精神保健福祉士・法律家・看護師	日本精神科看護技術協会県支部長・県健康福祉部健康づくり推進課長・県精神障害者福祉会連合会理事・大学社会福祉学科准教授・弁護士	12	8
P	なし			

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 8 病院、外部委員の参加のみという回答が 3 病院、外部委員の参加のほか院内委員の定足数を定めているという回答は 5 病院であった。

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である。

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 4）については、全会一致という回答が 13 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 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、規程を定めていないという回答が 1 病院であった。

4) 倫理会議の審査実績

平成 19 年 10 月 1 日～平成 20 年 9 月 30 日の間の倫理会議の開催頻度・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。しかし、ガイドライン通り月 2 回という回答は 3 病院にすぎず、月 1～2 回が 3 病院、月 1 回というが 9 病院であり、定期的には開催していないという回答が 1 病院であった。

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

表 7 議決権をもつ内部委員

院 長	副院長	精神科部長		病棟の精神科医		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 P S W	病 棟 担当 O T	病 棟 担当 C P	病 棟 担当 コメ ディカ ル	病 棟 担当 P S W	事務			そ の 他 出 席 者		
		病 棟 担当外	病 棟 担 当	病 棟 担当 医 長	主治医									事務 部長	病 棟 担 当	病 棟 担当 外			
A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
B	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	事務部長
C	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
D	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
E	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	
F	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0		
G	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	
H	1	1	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	
I	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	副総看護師長
J	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
K	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1		
L	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	統括診療部長
M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	-	-	-	-	議決したことがない
N	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	
O	1	1	0	0		1		1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	医療専門職 診療部長・事務 部長・看護部長
P	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	

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昨年度までの調査ではみられなかったが、今年度の調査では3件みられた。これら3件はいずれも同じ病院であり、対象者はいずれも統合失調症圏の疾患

に罹患しており、本人の同意は得ていないものの家族（保護者）の同意を得ていた。同病院では、修正型電気けいれん療法を施行するさいには、本人または保護者の同意を得たうえで、医局会の協議において施行の是非を検討

表 8 議決権のない内部委員

	精神科部長		病棟担当の精神科医			看護師							事務担当者			その他	
	病棟担当	病棟担当外	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	受け持ち看護師	受け持ち以外の看護師	他病棟の看護師	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		病棟担当外事務
A	1		1	1	1	1	1								1	1 (事務長)	CP (医療観察法運営室長として)
B															1		
C		1	1	1											1	1	
D																	
E															1	1	
F																	
G																	
H				1				1			1		1		1		
I																	
J				1											1	1	
K			1	1	1		1	1			1				1		
L																	
M																	
N																	
O																	
P															1		

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	回数	対象者数	承認	回数	対象者数	承認	審議回数	審議回数	
A	1	13	0	0	2	2	2	2	2	2	2	0	0
B	1	5	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0
C	1~2	16	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
D	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	1	7	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
F	2	24	0	0	1	1	1 (継続審議1)	0	0	0	0	0	0
G	2	20	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0
H	1	12	0	0	4	4	4	0	0	0	0	0	0
I	1	9	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0
J	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0
L	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M	2	24	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
N	1~2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	1~2	16	0	0	2	1	2	0	0	0	0	0	0
P	1	12	1	1	2	2	2	0	0	0	0	0	0
		194	3	3	15	14	14	5	5	5	3	0	0

E 病院のデボ剤は本人の同意あり

し、合意を得る手続をしており、医療観察法病棟においても同様の手続を経て電気けいれん療法が施行された。結果として、倫理会議における審査は、事前ではなく、電気けいれん療法施行中ならびに事後に行われたものである。

また、昨年度同様に対象者の同意を得たうえで修正型電気けいれん療法の施行例は3病院で3例あった。対象事例はいずれも統合失調症に罹患しており、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、倫理会議でも事前審査を行い、承認された。なお、電気けいれん療法施行中の倫理会議でも審査を受け、承認されていた。

ガイドラインに規定されている対象者の同意のないデボ剤の使用の審査は、7病院で14回、13名の対象者について行われていた。また、対象者の同意の得られない向精神薬の非経口投与の審査は、4病院で5回、5名の対象者について行われていた。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。注射による強制投薬は5病院で13回、13名の対象者について、強制栄養は、3病院で5回、5名の対象者について審査が行われていた。これに対して、非同意の経口投与については3病院で、13回、4名の対象者について審査が行われており、注射や強制栄養とは異なり、同一対象者に関して複数回審査が行われている。なお、前年度までの調査では通信の制限、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が、本年度の調査では通信の制限について1病院で2回、2名の対象者について審査が行われた。

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、平成19年10月1日から平成20年9月30日までの医療観察法病棟における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63件、うち、隔離は53件、身体的拘束は10件であった。精神科診断としては統合失調症が大部分

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			通信の制限			面会
	回	人	承認	回	人	承認	回	人	承認	回	人	承認	
A	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	5	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	16	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
D	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G	20	3	3	3	0	0	0	3	3	3	0	0	0
H	12	4	4	4	0	0	0	1	1	1	0	0	0
I	9	1	1	1	9	1	9	0	0	0	0	0	0
J	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M	24	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	16	0	0	0	3	2	3	0	0	0	2	2	2
P	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	194	13	13	13	13	4	13	5	5	5	2	2	2

(77.4%)を占めるが、以下、パーソナリティ障害 6 件、器質性精神障害 5 件、その他の発達障害 3 件、精神遅滞各 1 件となっていた。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。

倫理会議の審査状況については、全例審査対象とされ、事後承認されていた。

5) 倫理会議の運営に関する変更点

倫理会議の運営に関する変更点に関しては、ありという回答が 7 病院からあった。変更点に関する具体的内容をみると、審査案件の少なさを理由に開催頻度を下げるといった内容がほとんどであった。

6) 特定病床・特定医療機関に関して

図 1 に特定病床・特定医療機関在院中の対象者に関する対処方針の決定状況を示した。

表 11 行動制限の実施状況

	2007	2008	合計
隔離	28	53	81
拘束	7	10	17
	35	63	98

表 12 行動制限の診断別内訳

精神科診断	2007		2008	
	件数	%	件数	%
F0	2	5.7	5	8.1
F1	0	0.0	0	0.0
F2	26	74.3	48	77.4
F3	0	0.0	0	0.0
F4	0	0.0	0	0.0
F5	0	0.0	0	0.0
F6	4	11.4	6	9.7
F7	2	5.7	1	1.6
F8	1	2.9	3	4.8
F9	0	0.0	0	0.0
	35	100.0	63	101.6

表 13 隔離理由とその件数 (複数回答可)

隔離理由	2007	2008
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	29
他害の危険を回避するため	16	36
自殺あるいは自傷の危険を回避するため	1	3
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	21
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	3
部屋がないため	1	0
未記入	2	0

表 14 身体拘束の理由とその件数 (複数回答可)

	2007	2008	合計
突発した興奮や暴力的な行動が、脳器質性疾患に起因している可能性が否定できない場合	1	2	3
身体合併症を有する患者に身体への安全性を考慮して選択された薬物の種類あるいは量が鎮静に不十分な場合	1	3	4
患者の体格や興奮の程度を考慮して、隔離のみでは医療者が患者に接近できないため迅速かつ十分な医療行為を行うことが困難な場合	5	3	8
せん妄など種々の意識障害の状態にある患者の危険な行動を防止すること	7	2	9
その他	1	0	1
自傷他害の別			
他害の危険の回避	5	7	12
自殺・自傷の危険の回避	1	2	3
意識障害	7	2	9
その他	1	0	1

最も対処方針が定まっている治療に関する説明や同意についてでさえ、決定しているのは4病院に過ぎない。また、図2に治療方法に関する取り決めの状況についての回答を示した。省令改正後間もない時点での調査であり、方針が明確に決まっていない病院がほとんどである。

7) 処遇改善請求

医療観察法病棟開棟以来の処遇改善請求の状況について表15に示した。開棟から時間の経過した病院では、処遇改善請求が一定程度出現しているようである。しかし、地方厚生局のレベルで却下されている事例も多いようである。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、4病院、5名であり、いずれも処遇は適切という審査結果で

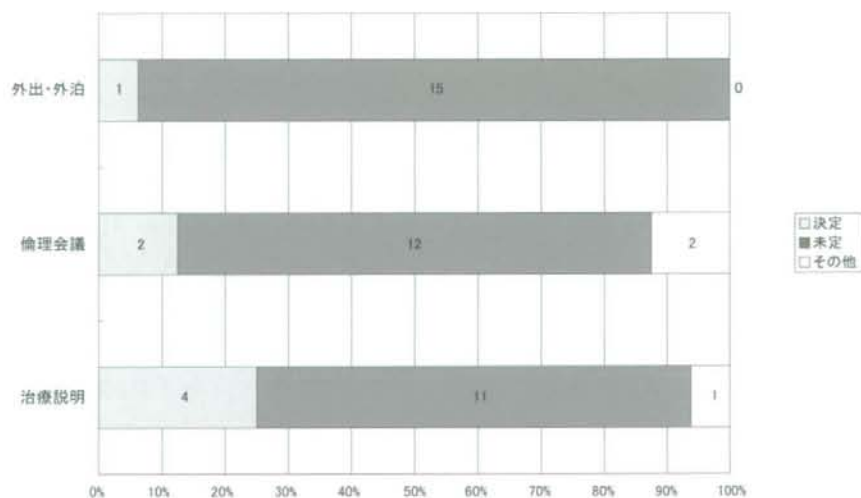


図1 決定している方針

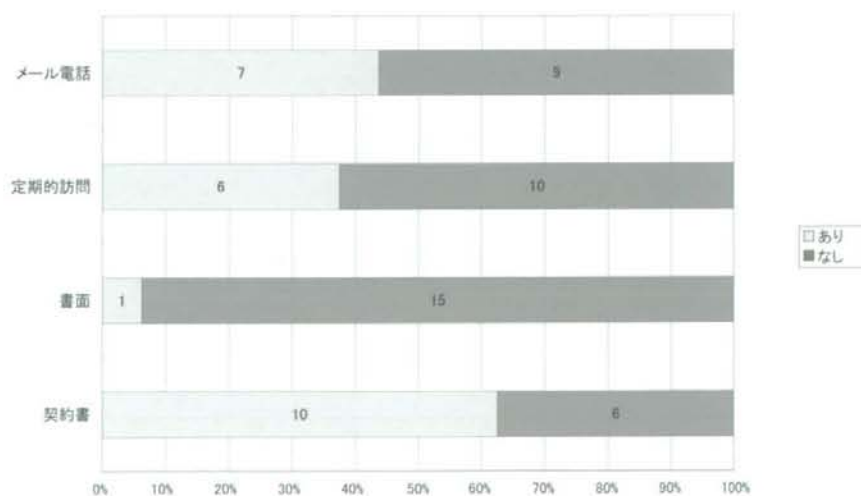


図2 治療方法に関する取り決め

あった。なお、社会保障審議会での審査の対象となった事例の処遇改善請求の理由としては、喫煙をめぐるものが大半であった。

8) 退院許可の申立て

医療観察法病棟開棟から平成20年9月30日までの病院側からの退院許可等の申立ては未記入の病院をのぞいて全体で235件(231名)であり、裁判所の審判結果は、却下63件(60名)、容認(退院)161件、容認(医療終了)40件であった。審判の過程で合議体の構成員が病棟を訪問して対象者と直接面接した件数は少数であり、合計で25件であった。申立てから審判の決定がなされるまでの期間については、2～3ヶ月の事例が大部分であるが、6ヶ月を超える事例も1例みられた。

9) 付添人活動等

平成19年10月1日以降に、当初審判(当初審判に関する抗告審を含む)の終了した事例について、付添人がついた事例があるという回答は、6病院からあり、対象者数は9名であった。そのうち、当初審判と同じ付添人が6名、当初審判と異なる付添人が3名であった。付添人の依頼者は、本人が7名であり、

2名は付添人の善意による申立てを本人が受け入れたものであった。

退院許可等の審判に関して付添人がついた事例があると回答したのは、3病院で、対象者は6名であり、全例審判時に付添人が選任されていた。

弁護士等による定期的相談が行われていると回答したのは4病院であった。定期的な来棟者は弁護士が3病院、弁護士以外の有識者が1病院、NPO法人が1病院であった。来棟の頻度は2週間に1回が1病院、月1回が2病院、数ヶ月から半年に1回が1病院であった。来棟の経緯は、弁護士会からの派遣1病院、来訪者からの直接の申し入れ2病院、病院からの要請1病院であった。

10) 医療観察法病棟外部評価会議

2病院をのぞき外部評価会議の委員である精神科医は、倫理会議の外部委員の精神科医とは別の精神科医であった。

外部評価会議の法律家委員は弁護士が11病院、法律学者が5病院であった。

11) 倫理会議のあり方について

倫理会議のあり方について記入者個人の考

表15 処遇改善請求の状況

	地方厚生局よりの 問い合わせ		地方厚生局で却下		社会保障審議会 で審査		対象者からの取り下げ	
	件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数
A	1	1	1	1	0	0	0	0
B	0	0	0	0	0	0	0	0
C	3	2	0	0	1	1	2	2
D	2	2	0	0	0	1	1	1
E	0	0	0	0	0	0	0	0
F	2	2	0	0	2	2	0	0
G	7	4	7	4	0	0	1	1
H	(数名)		(→全例)		0	0	(数人)	
I	0	0	0	0	0	0	0	0
J	0	0	0	0	0	0	0	0
K	3	3	3	3	0	0	0	0
L	2	2	2	2	0	0	0	0
M	0	1	0	0	1	1	0	0
N	0	0	0	0	0	0	0	0
O	1	1	1	1	0	0	0	0
P	0	0	0	0	0	0	0	0

えを質問した。

①倫理会議の名称

倫理会議という名称については妥当という回答が 8 病院、実態にそぐわないという回答が 7 病院、1 病院からは、「元来セカンドオピニオンまたは治療についてのピアレビューの役割を期待しているが、『倫理』以外の名称は思いつかない」という回答があった。

②法律家外部委員の参加

倫理会議への法律家外部委員の参加については、必要と思うという回答が 12 病院、不要と思うが 4 病院であった。

必要と思う理由としては、「医療倫理に限らず、人権問題全般に関するより専門的で客観的な意見が得られると思うため」、「医療関係者以外の意見は大切と思われる」、「医療において医療従事者の人権感覚と法律家のそれとは隔たりがあると考えられる」、「人権の問題を考える場合、法律の知識がしばしば必要である」ことがあげられていた。また、不要と思う理由としては、「あくまでも『医療』の倫理性の評価であるから」、「医学的内容の検討が多いため、法律家からは年 2 回外部評価を受けることで意見はうけることができる」と

いうものであった。

③望ましい法律家の職種

倫理会議に法律家外部委員が参加すると仮定した場合に、望ましい職種は何かと尋ねた設問の回答は、弁護士 6 病院、弁護士・検察官・裁判官 4 病院、弁護士・検察官 1 病院、弁護士・裁判官・学者 1 病院、職種無関係 4 病院であった。

④法律家外部委員に期待する資質

倫理会議の法律家外部委員に期待する資質を尋ねた設問の回答結果を図 3 に示した。公平・中立な立場での判断がもっとも多く、ついで、医療観察法に関する知識、人権問題に詳しい、精神科医療に関する一定の知識、医療倫理に詳しいなどがあがっていた。

⑤外部の精神科医の対象者への面接

倫理会議や外部評価会議の外部委員である精神科医が対象者に直接面接することに関しては、必要と思うが 11 病院、不要と思うが 1 病院、どちらもいえないが 1 病院、事例によるが 3 病院であった。

必要と思う理由としては、「より客観的な判断が可能になるとと思われるため」、「本人に会わなければ分からない部分がある」、「病院側

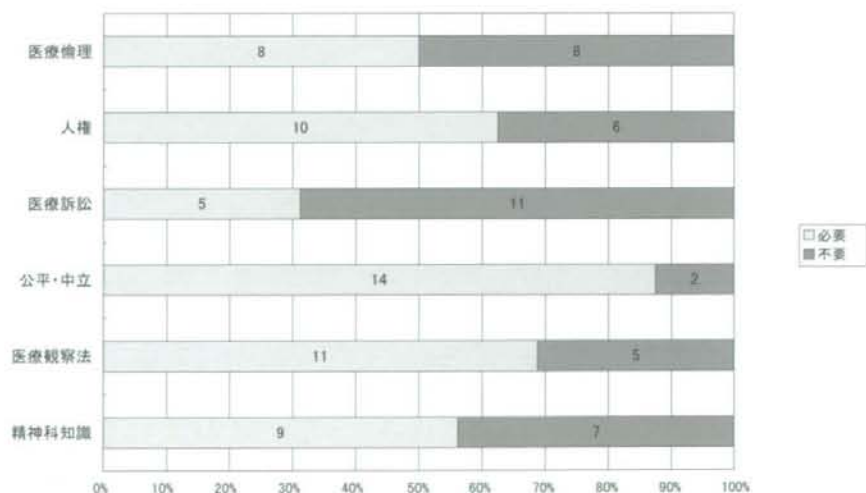


図 3 法律家に求める資質

の意見のみで判断することはアンフェアではないか」、「セカンドオピニオンを求めるなら診察は必要」、「透明性を高める、治療の質を高める」などというものであった。その他、「毎回は必要ないが排除する必要もない。案件によって柔軟に面接できればよい」、「必要、不要というよりも委員が必要を認め対象者も同意すれば面接することは問題ないとする」などという意見もあり、面接自体に拒否的な意見は少なかった。

12) ガイドラインの改定について

倫理会議の開催頻度に関しては、改定が必要とする回答が13病院、現状でよいが3病院であった。

ガイドラインを改定する場合の適切な開催頻度については、議題の有無を問わず定期的に開催するが7病院、議題のあるときだけ開催するが6病院、その他1病院であった。定期的開催を必要とする理由としては、「透明性を保つにはある一定の開催が必要」、「必要な時に開かれぬこともあるため『議題があるときのみ』というのはよくない」、「広い意味での協議事項は必ずある」、「治療そのもの（強制入院を受けている点より、治療の進捗も問題となる）に対する疑問の妥当性を検討する場となる」、「委員を介して医療観察法医療の透明性が得られる」などがあげられていた。

定期的な開催とする場合の適切な開催頻度については、2週間から1月に1回が1病院、月1回が6病院、1～2月に1回が1病院であった。

倫理会議の運用方法に関して、病棟規模によって差をつけるべきかについては、つけるべきでないとするが9病院、つけるべきが6病院、わからないが1病院であった。つけるべきとする場合の基準については、入院対象者数、あるいは小規格（5床ベース）とそれ以外という意見が多かった。

対象者の同意のないデボ剤の使用に関して

は、現状のままでよいが12病院、変更した方がよいが4病院であった。現状のままでよいとする理由は、「非同意治療であるから」、「同意のない治療で、先に継続が予想されるため」ということがあげられていた。変更した方がよいとする理由としては、「治療に制約が加わり退院促進が制限されている。対象者の不利益につながる」、「同意下であれば通常の医療の範囲であるので」、「デボ剤は病状に応じて、医療者の裁量に任されるべきと考える」ということがあげられていた。

13) 医療観察法病棟の運営に関する意見

医療観察法病棟の運営に関する意見としては以下のものがあげられていた。

- ・制度自体が現実的に成り立っていないので、現実との整合性をとるために入院機関は常に非常識な対応を強いられている。（例）遠隔地入院・特定病床・早期退院の促進・リスク管理
- ・本制度の発足前から懸念された構造的な問題が、現実の問題として露呈している。これらの問題に対しては、制度として具体的な方法を用意すべき。
 - ①統合失調症急性期病態中心の医療モデル→治療反応性が乏しく、リスクの下がらない対象者の処遇をどうしてゆくか
 - ②指定入院医療機関の先行的な整備→地域での居留地や通院医療確保の制度
 - ③刑事司法から医療観察制度への二方向性→刑務所の医療の遅れ、責任能力問題の課題、相互移行ロード
 - ④本制度手続き上の厳重さなど業務のストレス→治療効果が万能でないこと等のストレス→スタッフのモチベーションを維持する施策
- ・指定入院施設の充実が望まれます。
- ・医療に法律家が関与してくるのは、大変いいことだと思う。なんとか医療観察法

のシステムを充実させていきたい。

- ・医療者サイドの裁量に委ねられるべき事項がガイドラインその他によって大きくしばられすぎていると考えられる。
- ・鑑定の質が一定していない。鑑定人の資格、研修を厳密にすべきであると考え（少なくとも刑事責任能力鑑定について、一定の経験が必要である）。現時点では法の下での平等が侵害されていると考えます。
- ・鑑定書で「対象行為時の精神状態」を記載する欄があるが、ここに責任能力についての判断がなければならぬと考えるが、そのような鑑定書は少数である。

D. 考察

昨年度の倫理会議に関するアンケート調査の結果との比較を考慮しながら、アンケート調査で明らかとなった現状の医療観察法の運用状況について、いくつかの課題に分けて考察する。

なお、昨年度のアンケートと本年度のアンケートの調査項目は全く同一ではない。また、昨年度のアンケート調査の対象期間は、一部の項目を除き、平成19年1月1日から同年9月30日までの9ヶ月間となっていたが、本年度のアンケート調査では、一部の項目を除き、平成19年10月1日から平成20年9月30日までの1年間となっている。

1) 倫理会議の運用状況

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では、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。

こうした制度を医療観察法病棟というある意味特殊な病棟においては、わが国の精神科領域に導入したことは、それなりの意義のある試みといえよう。

①倫理会議の構成

倫理会議の構成については、ガイドラインでは外部より精神医学の専門家1名以上を招聘することしか規定されていない。倫理会議の委員、特に内部委員の構成や事後評価における議決権の有無については、各施設によって大きな相違がある。

内部委員の議決権の有無に関しては、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、倫理会議設置の意義のひとつである医療観察法病棟における医療の透明性の確保という観点からは、議決権をもつ院内委員については、医療観察法病棟の治療チームとは独立した判断が可能な職員に限る方が望ましいと思われる。

精神科医以外の外部委員を依頼しているところが4病院あり、そのこと自体は医療内容の透明性の確保という観点からは評価できるが、その一方で、精神医学の専門家によるセカンド・オピニオンを得るといふ倫理会議の性格は弱くなることは否めない。いずれが対象者の人権の擁護という観点から望ましいかについては、さらなる検討が必要と思われる。しかし、少なくとも、精神科医以外の外部委員のみの参加で倫理会議が開催されることがあり、さらにはそうした倫理会議において議決がなされたことがあるということは、明らかにガイドラインの規定に反しており、法令的見地からいささか問題があると思われることを指摘しておきたい。

②倫理会議の審査状況

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昨年度までの調査ではみられなかったが、今年度の調査では1病院で3件みられた。対象事例については、倫理会議での事前審査こそないものの、電気けいれん療法の施行について、保護者の同意と病院全体の医師の合意を得たうえで実施されており、さらに施行中ならびに施行後に倫理会議での審査を受けていた。したがって手続等については丁寧な対応がなされており、倫理的な問題はないと思われる。しかし、ガイドラインで想定されている緊急に電気けいれん療法による治療を要する事例であるかどうかについてはアンケート調査の回答だけでは不明である。もし、そうした緊急性を要しない事例であったとすれば、少なくともガイドラインの規定に反しているという点で、法令の見地からは問題があると考えられる。

その他の電気けいれん療法の審査事例については、精神医学的に電気けいれん療法の適応があり、対象者はもとより家族も同意したうえで、さらに電気けいれん療法の施行前ならびに施行中にも倫理会議における審査・承認を受けており、医療に対する透明性確保の点からも望ましい対応と思われる。

事前評価の対象として明示されている対象者の同意のないデボ剤の使用に関する審査は、昨年度が1病院、2回、2名であったのに対し、本年度は7病院、14回、13名と増加していた。また、対象者の同意の得られない向精神薬の非経口投与の事前審査は、昨年度が1病院、1回、1名であったのに対して、本年度は4病院、5回、5名であった。

事後評価の審査実績については、昨年度は、注射による強制投薬が4病院、9回、7名、非同意の経口投与が2病院、2回、2名、強制栄養が1病院、1回、1名であったのに対して、本年度は、注射による強制投薬が5病院、13回、13名、非同意の経口投与が3病院、13回、4名、強制栄養が3病院、

5回、5名であり、入院対象者数の増加を考えれば昨年度と大きな相違はない。

⑤行動の制限等

昨年度に引き続き、行動の制限等については、前述の処遇アンケート調査によって得られたデータによって把握している。昨年度の結果と比較すると、行動の制限、特に隔離を必要とした事例の件数は大きく増加している。増加の原因としては、入院対象者数の増加のほかに、複数回行動の制限を必要とした対象者が存在することもあげられる。こうした事例の多くは、治療抵抗性の精神症状を有する傾向があり、入院治療期間も延長しがちである。長期的には、こうした対象者の処遇についても検討が必要になるだろう。

2) 特定病床・特定医療施設に関して

特定病床・特定医療施設とは、平成20年8月1日の厚生労働省令によって、「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に基づく指定医療機関等に関する省令」(平成17年厚生労働省令第117号)の附則第2条を改正することによって新たに導入された制度である。

この省令は、かなり複雑な構造となっているが、指定入院医療機関の病床が不足している場合、3月を超えない期間、入院時と退院時(3月間更新可能)について、対象者を他の病床(特定医療施設等)に委託し、指定入院医療機関の責任において治療を行うというものである。この問題に関する法的・倫理的な問題の詳細については、研究協力者である岩井教授の報告のとおりである。

こうした方策が、病床不足に対する窮余の策として一時的に行われるということは、現在の指定入院医療機関の整備の進行状況を考えれば止むを得ないことなのかもしれない。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危険性もある施策である。また、聞き取り調査などの過程で得られた情報によれば、鑑定入院中は開放処遇であった対象者が、医療観察法による入院処遇に切り替わったことによって、閉鎖処遇に変更された事例もあるようである。同一の病棟に入院しており精神症状の変化等がないにもかかわらず、開放処遇から閉鎖処遇に切り替わるということは、仮に対象者本人の同意を得たうえで行われたことであっても、人権擁護の観点からは看過し得ない問題といえよう。

この制度は、委託元の指定入院医療機関にも委託先の特定医療機関にも多大の負担を強いる制度である。本制度の導入に伴って指定入院医療機関に対して職員の増員が行えるような措置がなされているわけではなく、委託先の特定医療機関にも、受託した対象者数に応じて入院管理料などの分配がなされるにしても、恒常的な増員を行うことはできない。そもそも、実際に対象者が入院している病院とは別の施設の医師が、対象者の治療の責任を負うという構造は、わが国の医療保険制度の現状には明らかになじまない性質のものといえよう。

早急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整備を進めることが重要である。

3) 倫理会議のあり方に関して—ガイドラインの改定にむけて

①倫理会議のあり方に関する指定入院医療機関の医師の認識

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

らかにあった。

昨年度までの調査結果と比較して本年度の調査では、外部の精神科医による面接を不要とする回答の比率が年々さがっているのに対して、法律家の参加を必要とする回答の比率はほとんど変わっていない。あまり断定的なことはいえないが、本調査の結果からは、医療観察法病棟担当医の意識としては、法律家の求める準司法的な性格の審査機関としての機能よりは、ピア・レビュー的なセカンド・オピニオンとしての機能を重要視するという方向で意見が集約されてきていると考えられる。

②倫理会議の開催頻度

現行のガイドラインは、原則月2回の開催を規定しているが、ガイドライン通りに月2回開催している病院は3病院に過ぎない。倫理会議の運営に関する変更点についての自由記載でも審査案件の少なさを理由に開催頻度を下げたという回答が多い。医療観察法病棟担当医に対するガイドライン改定の必要性についての設問でも改定が必要とする回答が13病院(81.3%)であった。こうした状況を考えれば、現行ガイドラインの原則月2回開催という規定は見直される必要がある。

さらに議題のないときでも倫理会議を開催すべきかどうかについては、病棟担当医の間でも意見は割れており、議題の有無を問わず定期的に開催すべきという意見と議題のあるときのみ開催すればよいという意見が拮抗している。

院外委員は参加しないとはいえ、精神保健福祉法による医療における行動制限最小化委員会は、月に1回は開催されることになっている。また、医療観察法病棟に関する各種会議のなかで、外部の精神科医が参加するのは、倫理会議のほかには、医療観察法病棟外部評価会議しか存在せず、外部評価会議は、年2回程度しか開催されない。こうしたことを考

慮すれば、議題の有無に関わらず定期的に倫理会議を開催し、医療観察法病棟での医療内容について外部委員を交えて忌憚のない意見交換を行う機会を確保することが、医療観察法病棟における医療の透明性の確保という倫理会議の役割を果たすためには必要と思われる。

開催頻度に関しては、現状の倫理会議の開催頻度やアンケートにおける医療観察法病棟担当医の意見を考慮すると、月1回が妥当と思われる。

③倫理会議の審査事項について

現行のガイドラインでは、対象者の同意に基づかない医療行為に関してはすべて倫理会議で事前に協議したうえで行うよう規定している。特に、電気けいれん療法、デボ剤（持続性注射製剤）については、対象者の同意によらない場合は、すべて倫理会議における事前審査を行い、全会一致の合意があった場合にのみ行うと規定している。

電気けいれん療法もデボ剤も精神科医療における正当な治療手段であり、これらの治療が必要な場合には適正に施行される必要があるのはいうまでもない。

電気けいれん療法に関しては、確率は低いとはいえ有害事象が起こった場合の結果の重大性や電気けいれん療法が濫用されていた歴史的経緯、さらに手技自体（特に有けいれんの電気けいれん療法）が当事者や社会一般に与える印象などの問題もあって、わが国に限らずその使用に関しては厳格な手続を定めている国が多い。したがって、対象者本人の同意に基づかない電気けいれん療法の使用は、よほどの緊急性が認められる場合をのぞき、倫理会議での事前審査を義務付けることは当然のことである。緊急性の判定に関してもフル規格や小規模の医療観察法病棟は、一般の精神科病床と比較して、施設の構造、治療スタッフの人員配置などの点で格段の差があり、

より厳格な適用が求められよう。

デボ剤の使用に関しては、経口や注射による抗精神病薬投与と比較して、副作用が生じた場合に薬効成分が体外に排出されるまでに時間がかかるということから、ガイドラインで事前審査の対象に明示されたものと思われる。その一方で、デボ剤には抗精神病薬の飲み忘れによる意薬を防止できるなど対象者自身にとっても利益になる点もあり、特に社会復帰を促進するための有用な手段ともいえる。

医療観察法病棟担当医の意見は、現状維持が12病院（75%）であり、特に見直す必要がないという意見が多かった。これに対して、見直すべきとする意見は、医師の治療における裁量を制限することを理由とするものであった。

精神科医療において精神障害者の人権擁護のために法規定を始めとした種々の手続が定められている理由を考えれば、対象者の同意によらない治療は、緊急の場合をのぞき一定の手続にしたがって行われるべき性質のものであり、そこで医師の裁量権が一定程度制限されることはある意味当然といえよう。デボ剤の使用が、倫理会議における事前審査を待ついとまもないほど緊急に必要とされるような臨床状態というのは、一般の精神科病床でもあまり想定できない。また、対象者の同意を得ることなく、治療者の判断のみでデボ剤を使用して対象者を早期に退院させることが可能となるとしても、そのような対象者に関して、環境的にも法的にも強制力の弱い指定通院医療機関における医療でデボ剤を継続して使用できるかについては疑問がある。したがって、対象者の同意の得られないデボ剤の使用に関しては、引き続き倫理会議における事前審査の対象とすることが妥当と思われる。

④倫理会議における議決に関して

現行のガイドラインでは、倫理会議における審査事項のうち、電気けいれん療法とデボ

剤の使用の事前審査に関しては、全会一致の合意が必要という規定があるが、それ以外の同意の得られていない治療行為の事前審査に関しては、決議を行うにあたり考慮すべきことが列記されているだけで、具体的な決議の方法についての記載はない。また、同意の得られていない治療行為の継続の必要性、緊急時に行われた同意の得られない治療行為や電気けいれん療法等については事後に報告を行い評価を行う旨の規定がみられるが、その具体的な方法についても記載はない。

議決の方法は倫理会議の構成員をどのような範囲のものとするかによっても異なる。たとえば、当該対象者の主治医や担当看護師が議決に加わることは公平性・中立性の点からは明らかに不適切であるし、審査の対象となる同意の得られていない治療行為は彼ら自身が必要と判断している治療行為であり、議決にあたって反対することはありえない。また、医療観察法病棟内での治療はチーム医療で行われており、同一の病棟に勤務する医師・看護師等も同様の理由で適否の審査にかかわる議決に関与することは好ましいこととはいえない。医療の透明性の確保という意義を考えれば、病院内の委員に関しては、院長、総看護師長など医療観察法病棟の治療チームとは独立した判断が可能な職員に限られるべきである。その一方で、当該対象者に対する治療行為の要否の判断にあたっては、その病状や治療経過に熟知したスタッフから説明を受ける必要があり、主治医・担当看護師などの参加と説明は必要不可欠と思われる。

倫理会議のピアレビュー的なセカンド・オピニオンとしての機能を考えると、外部委員である精神科医の役割は極めて重要である。外部委員である精神科医が、倫理会議における議論を通じて当該治療行為の妥当性・必要性について理解できないとすれば、そのような治療行為は行われてはならないと考えられ

る。その意味では、実質的には外部委員に拒否権があるような形式が望ましく、そのように機能して初めて対象者の人権擁護という倫理会議の目的が達成されるといえよう。

⑤倫理会議の規程に関して

16病院すべての医療観察法病棟倫理会議の規程を入手し、研究協力者である川本教授に法律学的観点からの分析と倫理会議規程のモデル案の作成を依頼した。その結果は、別紙報告のとおりである。

E. 結論

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。

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の運用状況を中心に広く医療観察法病棟における法的・倫理的課題に関して情報を収集すべく、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。

F. 健康危険情報

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 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

特定医療施設又は特定病床について

専修大学法科大学院 岩井宜子

1、省令改正

平成20年8月1日、厚生労働省令第133号により、「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に基づく指定医療機関等に関する省令（平成17年厚生労働省令第117号）の一部を改正する省令」が発令された。

附則第2条を次のように、改めるものである。

1項、厚生労働大臣は、当分の間、すべての指定入院医療機関において病床に余裕がない場合は、入院医療の決定を受けた者を指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医が診察を行い、その症状に照らし、指定入院医療機関以外の医療施設（特定医療施設）又は指定以外の指定入院医療機関の病床（特定病床）で入院医療を行っても、その精神障害の特性に応じ円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けることができなくなるおそれがないと認めるときは、特定医療施設又は特定病床において、入院医療を行い得る。ただし、この項に規定する医療の実施により、特定医療施設における病床又は特定病床に余裕がなくなると見込まれる場合を除く。

2項、厚生労働大臣は、当分の間、すべての指定入院医療機関において病床に余裕がなくなると見込まれる場合は、入院対象者であって、その者が入院している指定入院医療機関に勤務する精神保健指定医による診察の結果、その者に対する医療の提供の経過及びその症状に照らし、早期に社会復帰することが可能な病状にあり、その円滑な社会復帰を促進するために必要な医療を受けることが特定医療施設又は特定病床における入院によって支障なく行われうると認められる者にたいし、特定医療施設又は特定病床において、入院医療を行い得る。

3項、特定医療施設は、次の各号に掲げる病院であって、前2項の医療を提供するために必要なものとして厚生労働大臣が定める基準を満たすものでなければならない。

- 1 国公立病院
- 2 地方独立行政法人が設置する精神病院
- 3 精神保健福祉法の規定する指定病院
- 4 指定通院医療機関の指定を受けた病院

4項、厚生労働大臣は、第1項・2項の規定による医療を行おうとするときは、地理的条件、交通事情その他の条件を勘案して、特定医療施設又は特定病床を有する指定入院医療機関を定めなければならない。

5項、厚生労働大臣は、第1項の場合は、委託指定入院医療機関、第2項の場合は、その者が入院している指定入院医療機関の管理者に対し、特定医療施設の名称、所在地及び電話番号その他の連絡先を通知しなければならない。

6項、厚生労働大臣は、第1項・2項の規定による医療を行おうとするとき必要な場合には特定医療施設等に移送しなければならない。

7項、委託指定入院医療機関、第2項の場合は、その者が入院している指定入院医療機関

の管理者は、第1項・2項の規定による医療を担当するときは、その者に対し、当該委託指定入院医療機関等の医師、看護師その他の職員による治療計画の策定、定期的な診察又は病状の評価に関する事項その他の厚生労働大臣が定める事項を実施するとともに、特定医療施設において当該治療計画に基づいた適切な医療が提供されるよう、特定医療施設との間で、第1・2項に規定する者に対する医療の提供に関する契約を締結しなければならない。

8項、委託指定入院医療機関等の管理者は、契約の締結にあたり、第1・2項に規定する者に対する医療の提供及び処遇に関する事項、委託指定入院医療機関等の策定した治療計画の実施に関する事項、その者の病状が急変した場合の委託指定入院医療機関等が講ずべき措置に関する事項、特定医療施設における医療の提供に係る費用の算定及び支払に関する事項、契約解除その他当該契約に違反した場合の措置に関する事項その他厚生労働大臣が定める事項を記載した契約書を作成しなければならない。

9項、1項・2項の規定による医療の提供の期間は、当該医療の提供を開始した日から起算して3月を超えることができない。ただし、第2項に規定する者については、厚生労働大臣は、3月を超えない範囲でこの期間を延長することができる。

10項、厚生労働大臣は、いずれかの指定入院医療機関の病床に余裕が生じたときには、速やかに第1項に規定する者を当該指定入院医療機関に移送しなければならない。

2、問題点と現場の苦悩

このように、かなり複雑な文言が用いられているが、要するに指定入院医療機関の病床不足の場合、3月を超えない期間、入院時と退院時（退院時は3月間更新可能）、他の病床（特定医療施設等）に委託し、指定入院医療機関の責任において治療をおこなうべきものとするものである。

医療観察法第16条は、指定入院医療機関の指定は、国、都道府県、特定独立行政法人、又は都道府県若しくは都道府県及び都道府県以外の地方公共団体が設立した特定地方独立行政法人が開設する病院であって厚生労働省令で定める各基準に適合するものの全部又は一部について、その開設者の同意を得て、厚生労働大臣が行うと規定しており、国公立病院以外に入院医療機関の指定は行い得ない法規定となっている。そこで、本改正省令においては、あくまで、現存の指定入院医療機関に入院させているという形式をとり、病床不足のため、他の病院または他の病床を借りて治療を行うという窮余の策をとったものと思われる。

しかし、指定入院医療機関の施設条件が詳細に規定されているのは、他害行為を引き起こした精神疾病を安全な環境の中で、手厚い医療を施し、他害行為を行うことなく社会復帰をはかりうるよう医療環境の設定に必要な不可欠として定められているもので、他の施設で行おうとするのは、趣旨に合わないと思われる。

セキュリティの度合いが低レベルでよい対象者もいるというなら、厚生労働省令で定める基準をゆるめて、もっと多くの病床を指定入院医療機関に指定すべきものであろう。他の医療機関の指示に基づいて、その責任において、医療を実施することは、両者の機関において、不当な軋轢を生みうる。

さしあたっての問題点として、次の3点がある。

1) 委託指定入院医療機関の職員の負担の増大。

ただでさえ、満室で負担が多いのに、それにプラスして、別の病院（遠隔地でありうる）にいる対象者の治療計画の策定、定期的な診察又は病状の評価等を行わねばならない。人員配置をよほど増量しないと対処しえない。

2) 一般入院患者と同じ場所での処遇は、急性期の場合、軋轢を懸念し、不必要な拘束をしなければならない要因となる。

・ 1 項の場合、万が一の事故を恐れて、一般患者との接触を避けるため、保護室に入れる等。

・ 2 項の場合は、社会復帰期であり、外出・外泊も多く試みなければならない時期であるが、現実には無理であり、社会復帰に向けての適切な処遇ができない。

3) 近隣の住民の合意がなされているか疑問。

指定入院医療機関の設立の際には、住民の合意が前提とされていたはずであり、特定医療施設や特定病床に対象者が入院していることが近隣の住民に周知されているか疑問である。

倫理会議規定の分析

京都産業大学法務研究科 川本哲郎

1. はじめに

すべての病棟が倫理会議の規定を制定していると思われるが、その際に、厚生労働省からモデルは提示されず、入院処遇ガイドラインの中に次のような記述が存在するだけであった。すなわち、新病棟倫理会議とは、「入院対象者の同意によらない治療行為を開始する必要性に関して、事前の協議により適否を決定するとともに、同意によらない治療を継続している入院対象者に関して報告聴取し評価を行ったり、緊急的に実施された同意によらない治療行為について報告聴取し、事後評価を行ったり、麻酔薬など強力な鎮静剤を行った場合について報告聴取し評価を受けるための会議」とされ、「指定入院医療機関の管理者の主催で原則として月2回開催し、必要に応じ臨時開催する。精神医学の専門家の外部委員1名以上を招聘する」と説明されているのである。

したがって、法律的観点から見ると、各病棟の規定は様々であり、また若干の不備が見受けられる。以下では、その点を指摘すると同時に、改善案を提示したい。なお、ここで用いるのは、①国立精神・神経センター武蔵病院、②花巻病院、③小諾高原病院、④さいがた病院、⑤北陸病院、⑥東尾張病院、⑦肥前精神医療センター、⑧菊池病院、⑨琉球病院、⑩下総精神医療センター、⑪久里浜アルコール症センター、⑫賀茂精神医療センター、⑬大阪府立精神医療センター、⑭榊原病院、⑮岡山県立精神科医療センター、⑯長崎県立精神医療センターの規定である。

2. 目的規定

(1) 目的規定の例

法律には目的を示しているものがある。たとえば、精神保健福祉法1条は、「この法律は、精神障害者の医療及び保護を行い、障害者自立支援法と相まってその社会復帰の促進及びその自立と社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行い、並びにその発生の予防その他国民の精神的健康の保持及び増進に努めることによって、精神障害者の福祉及び国民の精神保健の向上を図ることを目的とする」としている。心神喪失者等医療観察法1条は、「この法律は、心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより、継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって、その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り、もってその社会復帰を促進することを目的とする」と定めている。しかし、このように詳細に規定しているものばかりではない。たとえば、母体保護法は、「この法律は、不妊手術及び人口妊娠中絶に関する事項を定めること等により、母性の生命健康を保護することを目的とする」（1条）とし、