

● 8. 倫理会議のあり方について

以下の設問については、先生の個人的なお考えをご記入ください。

(8-1) 倫理会議という名称について、どのようにお感じになりますか？

- 1) 妥当な名称である
- 2) 実態にそぐわない
- 3) その他 ()

(8-2) 現在のガイドラインでは求められていませんが、倫理会議の外部委員として法律家が参加することについて、先生はどのようにお考えになりますか。

- 1) 必要と思う
 - 2) 不要と思う。
- よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-3) 倫理会議の外部委員として法律家が参加すると仮定した場合、以下の職種のうち先生が望ましいとお考えになる職種に○をおつけください。

- 1) 弁護士
 - 2) 検察官
 - 3) 裁判官
 - 4) 大学教授などの学者
 - 5) 職種には無関係
 - 6) その他 ()
- よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-4) 【複数回答】倫理会議の外部委員として法律家が参加すると仮定した場合、先生が法律家に期待する資質とはどのようなものでしょうか。あてはまるもの全てに○をつけてください。

- 1) 精神科医療に関する一定の知識
- 2) 医療観察法に関する知識
- 3) 公平・中立な立場での判断
- 4) 医療訴訟などに詳しい
- 5) 人権問題に詳しい
- 6) 医療倫理に詳しい
- 7) その他 ()

(8-5) 現在のガイドラインでは求められていませんが、倫理会議や外部評価会議の委員である精神科医が対象者と直接面接することに関して、先生はどのようにお考えになりますか。

- 1) 必要と思う。
 - 2) 不要と思う。
- よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-6) 現在のガイドラインでは、倫理会議は原則月2回開催することとされていますが、こうしたガイドライン規定に関して、先生はどのようにお考えになりますか。

- 1) ガイドラインは現状にそぐわないので改定の必要がある
 - 2) ガイドラインは現状のままでよい
- よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-7) (8-6)で改定が必要と回答された方に伺います。ガイドラインを改定するとして、倫理会議の開催頻度についてはどのような規定が望ましいとお考えになりますか。

- 1) 倫理会議で審査すべき議題の有無に拘らず定期的に開催する
 - 2) 倫理会議で審査すべき議題がある時だけに開催すればよい
 - 3) その他 ()
- よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-8) (8-7)で議題の有無に拘らず定期的に開催すると回答された方に伺います。具体的には、どのくらいの間隔が適切とお考えでしょうか。

- ()
- よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-9) 現在のガイドラインは医療観察法施行前に 33 床のフル規格病棟を前提として作成されていますが、現在は、小規模病床、小規格病棟など種々の病床数の病棟が存在しています。病棟の規模に応じて、倫理会議の運用方法に差を設けることについて、先生はどのようにお考えになりますか。

- 1) 病棟の規模によって差をつけるべきである
 - 2) 病棟の規模によって差をつけるべきではない
- よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-10) (8-9)で病棟の規模によって差をつけるべきであると回答された方に伺います。 具体的には、どのような規模で差を設けるべきとお考えでしょうか。

()

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-11) 現在のガイドラインでは、対象者の同意のないデポ剤の使用については倫理会議において事前評価を行うこととされています。この点について、先生はどのようにお考えですか。

- 1) 現状のままでよい
- 2) 変更した方がよい

よろしければ、上記の回答の理由をお書きください。

(8-12) よろしければ、8の項目をご記入いただいた先生の精神科臨床経験年数をご記入ください

() 年

● 9. 医療観察法病棟の運営に関して、ご苦労されている点や懸念されている点などについて、以下にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないかご確認ください。

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

鑑定入院における医療的観察に関する研究

平成 20 年度

分担研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 平田 豊明

静岡県立こころの医療センター

分担研究報告書

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 静岡県立こころの医療センター*

研究協力者（*は報告書執筆）：

椎名 明大（千葉大学医学部附属病院）*

五十嵐 慎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

岩間 久行（神奈川県立精神医療センター 芹香病院）

川畑 俊貴（京都府立洛南病院）

来住 由樹（岡山県精神科医療センター）

瀬戸 秀文（長崎県立精神医療センター）

服部 功（静岡県立こころの医療センター）

林 偉明（千葉県精神科医療センター）

平林 直次（国立精神・神経センター病院）

松坂あづさ（千葉保護観察所）

研究要旨

医療観察法の鑑定入院のあり方を検討するという本研究班の目的に沿い、種々の調査結果を踏まえ、鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準案を昨年度の研究報告で提示した。今年度はこの医療水準案の全国の鑑定入院医療機関における達成度を調査することを目的とした。全国 206 施設に対して調査票を送付し、返送による回答を求めたところ、65.5%にあたる 135 施設から回答を得た。現時点における医療水準案の達成率は、A 水準（最小基準）で 93%、B 水準（推奨基準）で 82%、C 水準（最適基準）で 58% であり、医療水準案が現実的にも一定の妥当性を有することが示唆された。個別項目の解析から、鑑定入院医療機関において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は消極的となっている傾向が見受けられた。鑑定入院制度の適切な運用のためにはこれらを早急に是正する必要がある、将来的には制度設計の見直しも検討の余地があるものと考えられた。

A. 研究目的

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」という。）の当初審判において、鑑定入院は、実質的に、対象者の処遇を決定する分岐点であると同時に、急性期治療を提供する場ともなっている。このような重要性を帯びているにもかかわらず、鑑定入院中の処遇や医療の内容を明確に規定する法令はなく、厚労省通知において、精神保健福祉法に準拠した医療が提供されればよいとされ、精神保健判定医等養成研修において「鑑定入院ガイドライン」が示されているのみで

ある。

当研究班の研究目的は、鑑定入院の実態を多角的に調査したうえで、適正な鑑定入院のあり方を提言することである。この目的を実現するために、初年度である一昨年度は、鑑定入院医療機関を対象として、担当医師の意識調査、鑑定入院者のプロフィールと処遇および医療内容をアンケート調査したほか、鑑定医を対象として、鑑定入院のあり方や問題点、それに鑑定医の臨床経験や属性などを問うた。さらに、指定入院医療機関および指定通院医療機関を対象として、鑑定書からみた医療観察法鑑定の水準とばらつきを問い、指定通院医療機関には通院処遇対象者のプロ

フィールを追加調査した。

このような多角的な調査を通じて、鑑定入院中の医療内容と鑑定医による処遇判定には、無視できない不均質の存在することが示唆された。この結果を受けて、昨年度は、鑑定入院ケースのプロフィール調査の継続、指定入院医療機関からみた入院処遇への疑義事例調査、不処遇および却下事例の調査を行った。さらに、上記の鑑定入院中の医療と処遇の実態に関するそれまでの研究結果をふまえ、研究協力員間の討論を経て、鑑定入院医療機関の医療水準案を作成した。

本年度においては、昨年度に作成した鑑定入院医療機関の医療水準案について、全国の鑑定入院医療機関におけるその達成度及び賛同率を調査することを目的とした。

B. 研究方法

本研究における昨年度の研究成果物である「医療観察法鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準（案。資料1。以下「医療水準案」という。）」の内容に沿い、各鑑定入院医療機関及び鑑定入院対象者を受け入れる病棟（以下、「鑑定病棟」という。）の構造、人員、運営等が医療水準案に準拠しているか否かを問うための調査票（資料2）を作成した。

全国の鑑定入院医療機関209施設に対して調査票を送付し、回答を書面で依頼した。返送された調査票の内容を集計分析し、全国の鑑定入院医療機関における医療水準案の達成度及び賛同率について考察した。

（倫理面への配慮）

本年度の研究において調査したデータには患者の個人情報含まれていない。また、主任研究者の所属する病院内の倫理委員会において、本研究の倫理的妥当性が審議され、承認されている。

C. 研究結果

1. 回答率

全国の鑑定入院医療機関135施設（回収率65.5%）から回答を得た。

2. 調査結果

（1）調査票の回答

調査票における各質問項目の内容とそれらに対する回答の内訳は資料3の通りである。

（2）調査対象水準別の達成率

医療水準案では、達成すべき内容をA水準（最小基準。即時の達成が不可欠であると考えられる水準）、B水準（推奨基準。早急な達成が必要であると考えられる水準）、C水準（最適基準。達成を検討すべきと考えられる水準）の3段階に分類している。今回の調査より得られた回答を医療水準案に照らして得られた段階毎の達成度は、それぞれ下記の通りであった。また、図1にこれらを図示した。

全30項目あるA水準（最小基準）の達成度は、最高100%、最低56%で、中央値は93%であった。

全7項目あるB水準（推奨基準）の達成度は、最高99%、最低69%で、中央値は82%であった。

全10項目あるC水準（最適基準）の達成度は、最高98%、最低22%で、中央値は58%であった。

（3）個別項目（A水準）

全30項目あるA水準の各項目及びその達成率を、達成率が高い順に下記に示す。（各項目冒頭の番号は医療水準案における項目番号に対応。以下同じ）

1(1)①公立もしくは指定病院：100%

1(1)⑥行動制限最小化委員会：99%

- 1(2)③閉鎖病棟：99%
- 2(3)⑬鑑定終了後の医療継続：99%
- 2(4)②行動制限の指定医判断：99%
- 2(4)⑪無断退去への対応：98%
- 2(5)⑤処遇改善請求への対応：98%
- 1(2)②15対1以上の看護配置：96%
- 2(4)④信書の発受制限の禁止：96%
- 2(4)⑧身体拘束の最小化：96%
- 2(4)③通信・面会制限の最小化：95%
- 2(1)②精神保健福祉法への準拠：94%
- 2(1)⑥主治医と鑑定医の連携：94%
- 2(3)⑫身体合併症等転院の対応：94%
- 2(3)⑧非同意医療の事後報告：93%
- 2(4)⑤封書内の異物の取り扱い：93%
- 2(1)③人権擁護への配慮：92%
- 2(3)⑤鑑定に無関係な医療提供：89%
- 2(1)①必要十分な医療提供原則：86%
- 2(3)④必要十分な医療提供：86%
- 2(3)③鑑定開始前の医療提供：84%
- 2(3)①説明と同意取得の努力：82%
- 2(4)⑩行動制限委員会での検討：79%
- 2(3)②鑑定医との事前協議：76%
- 2(3)⑦非同意医療の提供：73%
- 2(3)⑨電気けいれん療法の原則禁止：70%
- 2(3)⑥鑑定に反する医療の禁止：64%
- 2(4)⑥隔離の最小化：60%
- 2(4)①行動制限の最小化原則：60%
- 2(3)⑩持続性徐放剤の原則禁止：56%

(4) 個別項目 (B水準)

全7項目あるB水準の各項目及びその達成率を、達成率が高い順に下記に示す。

- 2(4)⑨身体拘束継続の最小化：99%
- 2(5)①付添人への情報提供：93%
- 2(4)⑦隔離継続の最小化：85%
- 2(2)②行動制限の文書告知：82%
- 1(1)②臨床研修指定病院：80%
- 2(3)⑪心理社会的治療の実施：78%
- 1(1)③精神保健判定医2名常勤：69%

(5) 個別項目 (C水準)

全10項目あるC水準の各項目及びその達成率を、達成率が高い順に下記に示す。

- 2(5)④入院取消請求への対応：98%
- 2(5)③外出泊への対応：97%
- 2(5)②生活保護受給の援助：79%
- 1(2)④職員の研修：65%
- 2(1)⑤副主治医等の配置：61%
- 2(1)④担当職員の選任：54%
- 1(2)②急性期治療病棟：52%
- 2(2)①法制度の文書説明：52%
- 1(1)④参与員候補者の常勤：48%
- 1(1)⑤16対1以上の医師配置：22%

(6) 設置主体別の比較

各質問項目について設置主体別のクロス集計を行った。その結果、公立病院と民間病院との間でカイ二乗検定による有意差を生じた項目は下記の通りであった。

まず、医師の配置について、精神保健判定医又はその職務に就いていた医師の常勤数は、公立病院では、85%で複数名、11%で1名であるのに対し、民間病院では、61%で複数名、28%で1名であり、公立病院の方が潤沢 ($P<0.05$) であった (図2)。また、常勤換算医師数が入院患者16名当たり1名以上である施設の割合は、公立病院で43%、民間病院で10%であり、公立病院の方が手厚い ($P<0.00001$) 医師体制を有していた (図3)。

次に、鑑定病棟の看護配置基準は、公立病院では40%で10対1以上、全施設が15対1以上であるのに対し、民間病院では33%で10対1以上、94%で15対1以上であり、公立病院の方が手厚い ($P<0.001$) 看護体制を有していた (図4)。

ただし、鑑定病棟が保険診療区分上の精神科救急入院料もしくは精神科急性期治療病棟1を算定している割合は、公立病院では33%、

民間病院では62%で、民間病院の方が逆に高率 ($P<0.01$) であった (図5)。

続いて、当該鑑定入院医療機関に勤務する医師が鑑定医となっている施設の割合は、公立病院では97%、民間病院では70%で、公立病院の方が高率 ($P<0.01$) であった (図6)。

他方、「鑑定入院当初の対象者には必ず隔離を行うこととしている」と回答した施設の割合は、公立病院では53%、民間病院では34%で、公立病院の方が高率 ($P<0.05$) であった (図7)。

D. 考察

1. 医療水準案の現実的妥当性について

本年度の調査では、全国206施設の鑑定入院医療機関に対し調査票を郵送し、135施設から回答を得た。回収率は65.5%である。任意による調査という性質上、一定のバイアスを否定できないものの、回答総数としては全国の鑑定入院医療機関の大凡半数を網羅していることから、本調査結果は医療観察法鑑定入院全体の動向を反映していると考えて良いであろう。

昨年度の本研究においては、鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準案の策定を行った。この医療水準案は現行の鑑定入院制度の追認に留まることなく、鑑定入院の法的、倫理的、精神医学的妥当性を担保するために達成すべき基準を提示したものである。したがって、医療水準案の現実的妥当性、すなわち医療水準案が現時点においてどの程度の達成率を確保しているのかの検証が課題として残されていた。

本年度の調査結果から、下記の事実が確認された。すなわち、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。平均値±標準偏差で表すとそれぞれ、A水準86.6±13.4%、B水準83.7±9.9%、C水準62.8±23.3%

となる。A水準及びC水準の一部項目が低い達成率に留まっていることにより項目間のばらつきが発生しているが、概ね水準が高まるにつれ達成が困難になっていることがわかる。C水準にはもともと現時点で必ずしも達成が容易ではない項目も含まれており、他方A水準においてはその半数以上の項目を9割以上の鑑定入院医療機関が現時点で達成していることを勘案すると、医療水準案の現実的妥当性は確保されていると考えてよいのではないかと思われる。

2. 各水準の達成度に関する検討

次に、水準毎の考察を行う。

(1) A水準

A水準は全30項目と多岐にわたっているところ、大別すると、医療機関の構造及び人員面つまりいわゆるハード部分と、対象者に対する医療や処遇のあり方に関するソフト面に分類される。このうち、ハード面の基準においてはおしなべて達成度が高い。措置入院指定病院であること、閉鎖病棟であること、15対1以上の看護配置等は厚生省が鑑定入院医療機関をリストアップした際の目安にも含まれており、達成が当然とされていたこともあってか、ほとんどの施設が基準を満たしている。

他方、ソフト面の基準においては達成度にかんがりのばらつきがある。電気けいれん療法や持続性徐放製剤の投与のあり方においては、もともと一般精神医療における施設間の考え方の違いもあろうが、これらの医療行為が鑑定を阻害するおそれがあるということに対する理解が乏しい施設の存在を伺わせた。

その一方で、対象者に必要十分な医療を提供すると回答した施設が86%、鑑定に必要であれば本人の同意によらない医療も提供すると回答した施設が73%に留まっており、医療

の提供が鑑定的手段であることに対する理解も十分に浸透しているとは言えない状況にある。すなわち、鑑定入院における医療の範囲を具体的にイメージし、「鑑定のために必要な医療は十分に提供する」「対象者の希望する医療は可能な範囲で提供する」「鑑定を阻害する医療は提供しない」という原則を遵守することが未だ課題となっている現状が窺われる。

電気けいれん療法や持続性徐放製剤の投与に対して積極的な施設が一部散見されたほか、鑑定入院医療機関は全般に鑑定入院対象者に対する医療の提供には消極的になっているようである。

逆に多くの施設において鑑定入院対象者に対する行動制限をより積極的に行っていることも問題である。行動制限の最小化原則を遵守している施設が58%に過ぎず、多くの施設において画一的な隔離が行われているという事態は、処遇の対象が重大な他害行為を行った対象者であるということ勘案してなお、看過できるものではない。本調査結果からは相関が導かれなかったが、対象者の治療に消極的であることが対象者の行動制限を強める結果になっている可能性もある。鑑定入院という環境は、単に対象者を一時収容しておく場ではなく、対象者の社会復帰のための方策を多角的に検討するための第一段階であるということを再確認することが必要であろう。

(2) B水準

B水準は全7項目であり、A水準とC水準の中間的位置づけであることから、その内容は多岐にわたっている。項目間のばらつきは比較的少なかった。精神保健判定医2名の常勤や、心理社会的治療の実施などは、施設におけるマンパワーの確保が不可欠であり、早々には達成が困難であるかもしれない。

興味深いのは、行動制限の解除への取り組

み意識は、隔離85%、拘束99%と比較的高水準であることである。個別の対象者について病状が安定していれば行動制限を緩めるにやぶさかでないのに、全般的には通常精神医療より強固な行動制限を行っているという現状は、医療観察法及びその対象者に対する偏見ないし先入観が精神医療従事者の中にも存在していることを示唆している。鑑定入院事例の経験が増すにつれてそれらが払拭されていくことを期待したいが、逆に悪しき習慣が定着することを避ける必要がある。

(3) C水準

C水準は全部で10項目であり、現時点では達成が甚だ困難なものも含まれている。

常勤医師数や精神保健参与員候補者の常勤などは、達成していない施設の方が多数であるが、法制度の趣旨に鑑みると将来的には達成を検討すべきであろう。

鑑定医や主治医を兼任する場合に副主治医等を設けることや、対象者の医療を担うスタッフを選任することなどは、多職種によるチーム医療の考え方や、公平で多面的な視点の確保の重要性が指摘されていることから、今後は必須となっていくのではないだろうか。

3. 個別質問項目に関する補足的考察

続いて、調査票に含まれる個別の質問項目について、いくつか補足的に検討を加えたい。

(1) 鑑定医と主治医の役割分担

鑑定医と主治医の役割分担については、公平中立な鑑定を担保する見地から、鑑定医と主治医は別の医師が担うことが推奨されているが、実際には、鑑定入院医療機関の医師が鑑定医となると回答した施設のうち主治医を別に置いているのは39%に過ぎない。さらに、鑑

定医が主治医を兼ねる施設の64%もが副主治医や鑑定助手等を置かず、鑑定と治療を単独で行っている状況がある。

このような施設ではもともと医師数に余裕がなく、鑑定入院業務の寡占が生じているものと推測されるが、前述の通りこれは望ましいことではない。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。

(2) 医療観察法制度等の説明

対象者への医療観察法制度等の説明に関しては、まったく行っていないと回答した施設は1%に過ぎないが、口頭のみで説明している施設が48%に上る。指定入院医療機関に移送されてきた対象者が医療観察法制度を理解できていない例が散見されるとの調査結果もあり、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やはり口頭では心許ない。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ろう。

(3) 鑑定を阻害する医療の禁止

鑑定を阻害する医療の禁止については、そのような医療内容を想定できないとの回答が45%にも及んだ。これは回答者における医療現場の感覚が反映されたものであろう。ただし、前述のように電気けいれん療法や持続性徐放製剤の投与も鑑定を阻害するおそれがあることは認識しておく必要がある。

(4) 対象者の同意なき医療

調査では、21%の施設が、対象者の同意がなければ医療を提供しないと回答している。ところが周知のように、精神障害により医療の必要性を理解できない患者も存在し、そのよ

うな状態の対象者に対しては本人の同意によらない医療を提供しなければ治療をなしえないし治療反応性を検討することもできない。これは一般精神医療においては当然のことであるが、鑑定ということで治療に特段に消極的になっている施設が多いようである。

(5) 電気けいれん療法・持続性徐放製剤

電気けいれん療法についても、持続性徐放製剤の投与についても、一般の入院医療と同様に行うと回答した施設と、一切行わないと回答した施設が、それぞれ一定の割合に及んでいる。

鑑定の成就を重視する立場としては、電気けいれん療法は記憶障害を、持続性徐放製剤の投与は持続的な鎮静をもたらすことにより、それぞれ鑑定に悪影響を及ぼすおそれがあるのであって、基本的にはこれらの実施は控えるべきである。

ただし、対象者が重度の昏迷や悪性症候群に至った際などには電気けいれん療法が唯一の治療選択肢となることもありうるし、以前に持続性徐放製剤で病状が安定していた経緯のある対象者に対しては早期に持続性徐放製剤の投与を再開することが最善であることもありうるので、これらを一切行わないとする立場にも疑問が残る。

(6) 外出・外泊

対象者の外出泊についても、通常はそのような事態は想定されておらず、実施には慎重な検討が必要であるが、身体合併症治療など病院外への移送が不可避となる事態もありうることを心しておく必要があろう。

(7) 病院の設置主体による差異

設置主体により回答に差異を生じた項目については上述の通りである。一般精神医療と同様に、公立病院は民間病院に比して病床当

たり常勤医師数及び看護師数が多い傾向にある。常勤の精神保健判定医も潤沢であり、鑑定入院医療機関の医師が鑑定医となる割合も高い。したがって、人員面からは公立病院の方がより精度の高い鑑定を行う環境が整っていると言える。

他方、精神科急性期病棟を擁している割合は公立病院の方が低い。これは、総合病院など一部病院事情による影響もあるものと思われる。

また、鑑定入院当初に対象者を隔離すると回答した割合は公立病院の方が高かった。これも病棟構造や男性スタッフの比率などの影響がありうるものと思われるが、公立病院が果たすべき役割を再認識する必要性を感じさせる結果でもある。

4. 総括及び今後の課題

以上のように、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。

(1) 鑑定入院制度の運営責任

そもそも、このような事態が起きている背景には、鑑定入院医療機関の運営に関する法令的根拠が乏しいという事実がある。平成18年度の本研究報告でも述べたが、医療観察法を制定及び施行するに当たり、政府は指定入院医療機関に関しては精神保健福祉法と同等以上の施設基準を法定するとともにその運営のあり方についても詳細なガイドラインを示しているが、鑑定入院医療機関に関してはそ

のような規定を一切設けなかった。

これは、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であったことに起因しているように思われる。

鑑定入院は当然に病院で行われるものであり、病院の管轄は厚生労働省であるが、厚生労働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。

さらに、対象者を収容するにあたり鑑定入院医療機関を調整し実際の移送を行う業務は、当初審判では検察庁、再入院の審判では保護観察所がそれぞれ担っているが、収容先である鑑定入院医療機関のリストは厚生労働省が各都道府県に協力を依頼して作成されたものである。仮にそのリストの中に劣悪な施設が混在していたとしても、それを除外する権限ははずこにもない。

このように、鑑定入院制度はその責任や監督権限の所在が未整理の状態で開催されているのが現状である。司法精神医療の入口であり、鑑定であると同時に医療であるという、これまで本邦に存在しなかったパラダイムを創設するに当たっては相当の議論があったであろうし、制度施行当初は一定数の鑑定入院医療機関を確保することが至上命題であったことは想像に難くなく、その意味では現状は過渡期における混乱として不可避であったとの意見もあろう。

しかし、医療観察法制度施行3年間を経て、制度の特長や問題点が浮き彫りになりつつある現在、そろそろ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ろうか。例えば、鑑定入院を司法

精神医療の入口として捉えるならば、鑑定入院医療機関の基準の法令化、適切な施設の選別と指導監督、医療費の予算措置及び査定などの業務を厚生労働省が一元的に担うという制度設計も、一考の余地があるのではないかとと思われる。

(2) 鑑定入院における医療水準の確保

最後に、鑑定入院の質の向上が急務となっている事情をもう一点指摘しておく。

現在、医療観察法指定入院医療機関の開設が進まないことから、病床数の大幅な不足が顕在化している。この事態に対し、政府は省令改正により、審判により入院決定を受けた対象者を、医療観察法特定病院に指定した鑑定入院医療機関に一時的に留め置くという応急措置を講じている。この現状は都道府県立医療機関で病床が確保されるまで短くとも数年は続くと思われる。したがって、当面は鑑定入院医療機関においても医療観察法による入院医療を提供することが求められることとなる。

特定病院の円滑な運用のためには鑑定入院医療機関における医療水準の確保が極めて重要であることは言うまでもない。この点がおざりになれば、指定入院医療機関に入院できず鑑定入院医療機関に留め置かれた対象者が十分な医療を受けられず、よって入院が長期化し、一層の病床不足を招くという悪循環から、司法精神医療に対する信頼性が損なわれ、最終的には医療観察法制度自体が破綻をきたすという最悪の展開も考えられるのである。

E. 結論

我々は、医療観察法鑑定入院医療機関が満たすべき医療の水準案を昨年度の報告において提示した。今年度の調査結果により、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。しかし、一部の項目においては未だ達成がなされていない。特に、鑑定入院医療機関は対象者の行動制限を強固に行う一方で対象者への医療の提供や説明に関して消極的に過ぎるという傾向があり、今後の早急な是正が求められる。そのためには施設毎の自助努力のほか、制度設計の見直しも検討の余地があるものと考ええる。

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

平成21年度日本司法精神医学会において本研究結果の一部を発表予定である。

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。

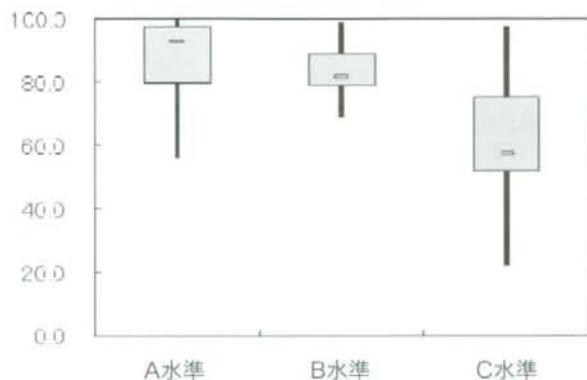


図1 医療水準毎の各項目達成率

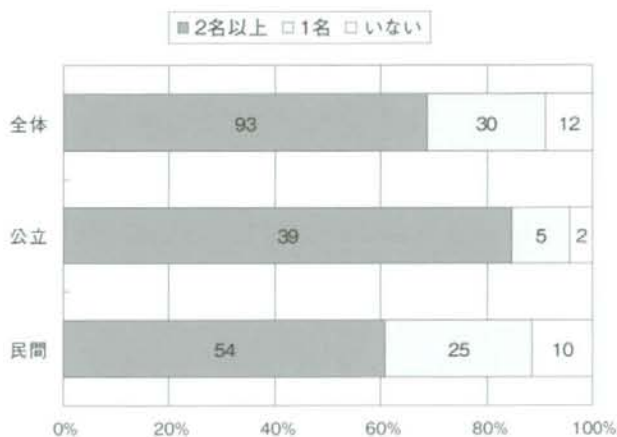


図2 精神保健判定医数

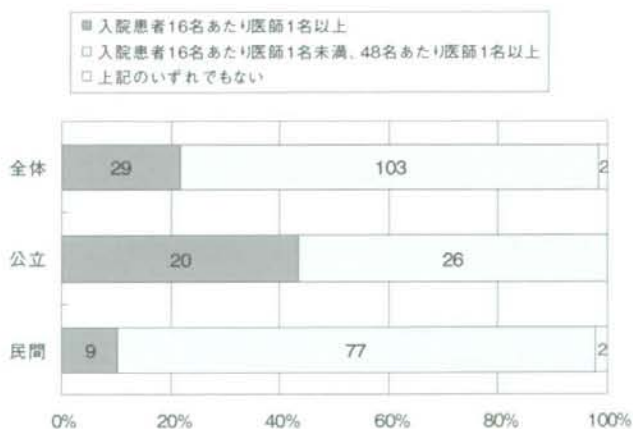


図3 常勤換算医師数

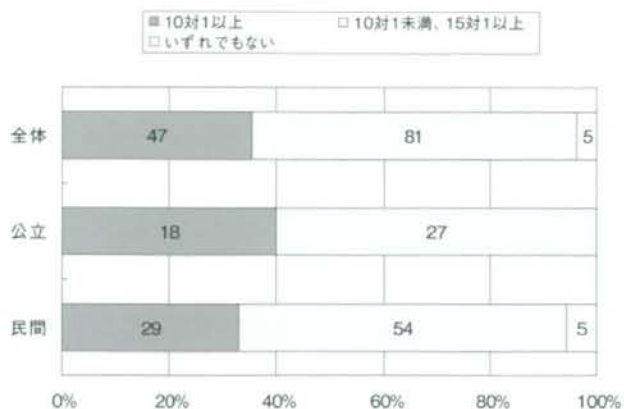


図4 鑑定病棟の看護配置数

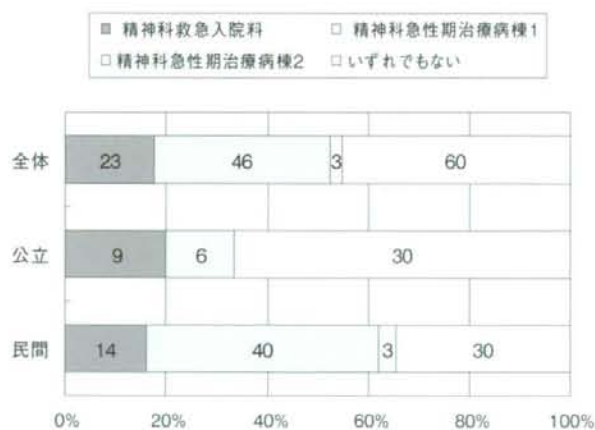


図5 鑑定病棟の保険区分

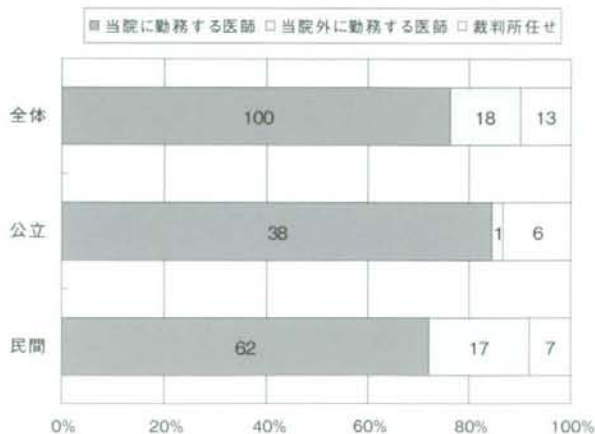


図6 鑑定医の所属

- 器物破損のおそれが高いなど、対象者の医療又は保護を図るために必要と精神保健指定医が判断した場合に限り隔離を行う
- 鑑定入院当初の対象者には必ず隔離を行うこととしている
- 対象者の隔離は行わない

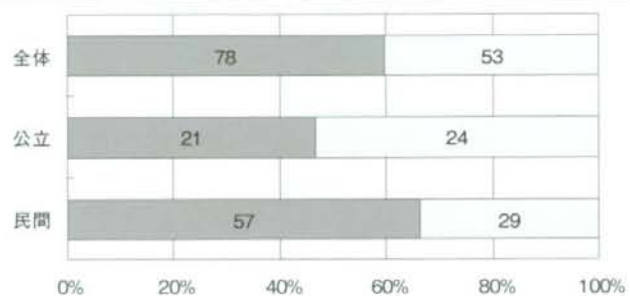


図 7 鑑定入院当初の隔離

資料 1

医療観察法鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準（案）

本研究班において、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（平成 15 年法律第 110 号。以下「医療観察法」という。）第 34 条等の規定に基づき鑑定その他医療的観察のため入院させるための医療機関（以下「鑑定入院医療機関」という。）が満たすべき医療水準について考察した。

満たすべき医療水準の各項目については、現行の医療観察法関連法規や有識者の意見、昨年度の本研究班の研究成果等を参考にして、下記の通り三段階に分類した。

水準 A：現行の医療観察法施行状況に鑑みて、即時の達成が不可欠であると考えられる水準。

水準 B：医療観察法の理念をはじめ精神保健福祉的見地から考察した結果、早急な達成が必要であると考えられる水準。

水準 C：医療観察法の理念をはじめ精神保健福祉的見地から考察した結果、達成を検討すべきと考えられる水準。

1. 鑑定入院医療機関の規格

(1) 鑑定入院医療機関

- ① 鑑定入院医療機関は、公立病院であるか、措置入院指定病院であること。(水準 A)
- ② 鑑定入院医療機関は、臨床研修指定病院であること。(水準 B)
- ③ 鑑定入院医療機関に、精神保健判定医又はそれと同等以上の学識経験を有する医師が 2 名以上常勤していること。(水準 B)
- ④ 鑑定入院医療機関に、精神保健参与員候補者又はそれと同等以上の学識経験を有する精神保健福祉士が 1 名以上常勤していること。(水準 C)
- ⑤ 鑑定入院医療機関における入院患者 16 名あたり常勤換算で 1 名を超える医師が勤務していること。(水準 C)
- ⑥ 鑑定入院医療機関に、行動制限最小化委員会が設置され、入院患者の行動制限の最小化を図るために定期的な検討が行われていること。(水準 A)
- ⑦ その他

(2) 鑑定入院対象者を受け入れる病棟（以下「鑑定病棟」という。）

- ① 鑑定病棟における入院患者 3 名あたり常勤換算で 1 名を超える看護師が勤務していること。(水準 A)
- ② 鑑定病棟は精神科救急入院料又は精神科急性期治療病棟 1 を算定する病棟またはそれと同等の医療資源を有する病棟であること。(水準 C)
- ③ 鑑定病棟は、対象者が鑑定病棟から無断退去することを予防出来る構造を有していること。(水準 A)
- ④ 鑑定病棟において対象者の処遇に関わる職員は、医療観察法に関する研修を受けていること。(水準 C)
- ⑤ その他

2. 鑑定入院医療機関内における処遇

(1) 総論

- ① 鑑定入院の目的は対象者の鑑定その他医療的観察であり、対象者を処遇するにあたっては、その鑑定が円滑に進むよう努めるとともに、医療的観察として対象者に必要十分な医療を提供すること。(水準 A)
- ② 鑑定入院中の処遇を行うにあたっては、別に特段の定めのない限り、精神保健福祉法における基準や手続に準拠してこれを行うこと。(水準 A)
- ③ 鑑定入院中の治療・処遇等を行うにあたり、対象者の人権擁護に十分に配慮すること。(水準 A)
- ④ 鑑定入院医療機関は、鑑定入院中の対象者の処遇を行うにあたり、担当の医師(以下「主治医」という。)・看護師・精神保健福祉士・臨床心理技術者等を選任すること。(水準 C)
- ⑤ 鑑定入院中の対象者の主治医が鑑定医を兼任する場合には、鑑定のための業務と主治医としての診療業務との区別や重複について十分な配慮が必要であることに鑑みて、主治医は必要により副主治医や鑑定助手をおくことを検討すること。(水準 C)
- ⑥ 主治医と鑑定医が異なる場合、主治医は鑑定医と相互に緊密な連携を保つこと。特に、鑑定入院医療機関に勤務する医師以外が鑑定医となる場合においては、連携の不行き届きから鑑定医が必要な情報を入手出来ず、鑑定結果が不正確となるおそれがあることに鑑みて、格別の配慮を行うこと。(水準 A)
- ⑦ その他

(2) 対象者への説明及び告知

- ① 対象者の入院にあたり、主治医等は、対象者に対し、医療観察法制度及び医療観察法における鑑定入院の説明を書面により行うこと。その際の書面は、厚生労働科学研究班によるモデル文書ないしそれに準ずる様式によること。(水準 C)
- ② 鑑定入院中の対象者の行動を制限する場合には、対象者に対し、行動制限を行う旨とその理由について文書で告知すること。(水準 B)
- ③ その他

(3) 鑑定入院対象者に対する医療の提供

- ① 主治医等は、対象者に医療を提供するにあたり、実施する医療内容とその必要性について説明を行い、可能な限り対象者の同意を得るように努めること。(水準 A)
- ② 主治医等は、鑑定入院中の治療方針について鑑定医とあらかじめよく協議を行うこと。(水準 A)
- ③ 鑑定医が決定される以前においては、主治医等の判断で対象者に医療を提供し、その内容と結果について詳細な記録を行い、後日鑑定医に情報提供すること。(水準 A)
- ④ 主治医等は、鑑定入院においては、精神科急性期薬物療法を中心とする科学的合理的な範囲の精神医療を、対象者に必要十分に提供すること。(水準 A)

- ⑤ 鑑定と直接関係のない医療行為については、対象者の意見を尊重したうえで、必要十分にこれを提供すること。(水準 A)
- ⑥ 極めて例外的な事態であるが、対象者の希望する内容の医療であっても、鑑定医が鑑定を阻害する医療行為であると判断した医療行為については、これを行うことはできないこと。(水準 A)
- ⑦ 治療行為について十分な説明を行ったにも関わらず、対象者の同意が得られない場合については、主治医等は、鑑定その他医療的観察に必要と考えられる範囲の治療についてのみこれを行うこと。(水準 A)
- ⑧ 急を要する等の理由により、主治医等の判断で対象者の同意によらない治療を行った場合には、その旨を診療録に記載するとともに、後日鑑定医に情報提供すること。(水準 A)
- ⑨ 電気けいれん療法は、健忘等の副作用により鑑定を阻害するおそれがあることに鑑みて、原則として行わないこと。ただし、対象者の生命等を守るため緊急に行う必然性があると主治医等が判断し、若しくは鑑定のために実施が必要不可欠であると鑑定医が判断した場合はこの限りでないこと。(水準 A)
- ⑩ 持続性抗精神病薬注射による治療は、数週にわたり持続的に対象者の精神状態を変容させることから、鑑定結果に影響を与えるおそれがあり、また重篤な副作用が遷延する危険性から適応には慎重な判断が求められていることに鑑みて、原則として行わないこと。ただし、対象者が以前にその投与を受け長期に安定していた履歴がある等の状況から対象者への投与に関する有効性及び安全性が確立していると主治医等が判断し、若しくは鑑定のために投与が必要不可欠であると鑑定医が判断し、鑑定医の許可を得たうえで行う場合はこの限りでないこと。(水準 A)
- ⑪ 主治医等は、鑑定その他医療的観察に支障をきたす場合を除き、対象者に対する心理社会的な治療等についても必要十分に実施すること。(水準 B)
- ⑫ 対象者について、鑑定その他医療的観察を行う上での必要性あるいは身体合併症の治療等の医療上の必要性から、他の医療機関への受診が必要と判断された場合には、主治医等は対象者を他の医療機関に受診させること。また、上記の必要性から対象者を転院させる必要が生じた場合は、可能であれば裁判所に事前に申し出てその了解を得た上で、対象者を転院させること。上記について事前に裁判所の了解を得るとまがない場合にあっては、対象者を転院させた上でその旨を遅滞なく裁判所に報告すること。(水準 A)
- ⑬ 対象者の鑑定が終了した後に鑑定入院が終了するまでの期間においては、対象者を鑑定入院医療機関に留めおくこと。その際、主治医等の判断により、対象者に引き続き必要十分な医療を提供すること。(水準 A)
- ⑭ その他

(4) 鑑定入院対象者に対する行動の制限

- ① 鑑定入院中において対象者の行動を制限することは、鑑定その他医療的観察に必要な欠くべからざる範囲に限ること。(水準 A)
- ② 対象者の行動を制限する必要性の判断のうち、身体的拘束または 12 時間を超える隔離の必要性の判断については、精神保健指定医がこれを行うこと。(水準 A)

- ③ 鑑定入院中の対象者の通信・面会等については、主治医等が、鑑定その他医療的観察のうえで制限が必要と判断した場合や、対象者の病状等精神医学的観点から制限が必要と判断した場合に限り、これを行うこと。(水準 A)
- ④ 鑑定入院中の対象者の信書の発受の制限は原則として行わないこと。(水準 A)
- ⑤ 対象者宛の荷物・封筒等に刃物、薬物等の異物が同封されていると判断される場合には、対象者によりこれを開封させ、異物を取り出した上で対象者に渡し、診療録にその旨を記載すること。(水準 A)
- ⑥ 対象者の隔離を行う場合は、対象者の医療又は保護を図る上で隔離が必要と判断した場合に限り、これを行うこと。なお、12 時間を超える隔離を行う必要性の判断については、精神保健指定医がこれを行うこと。(水準 A)
- ⑦ 対象者の隔離を行うに当たっては、隔離による拘禁反応等が鑑定その他医療的観察を阻害するおそれがあることに留意し、適宜適当な観察を行い、隔離が必要とはいえないと判断された場合は、速やかに隔離を解除すること。また、隔離が必要と判断される場合にあっても、主治医等の付き添いにおいて一時的な開放時間を設けるなど、柔軟な対応を図ること。(水準 B)
- ⑧ 対象者の身体的拘束を行う場合には、精神保健指定医の診察の結果、対象者の医療又は保護を図る上で身体的拘束が必要と判断した場合に限り、これを行うこと。(水準 A)
- ⑨ 対象者の身体的拘束を行うに当たっては、身体的拘束による拘禁反応等が鑑定その他医療的観察を阻害するおそれがあることに留意し、適宜適当な観察を行い、身体的拘束が必要とはいえないと判断された場合は、速やかに身体的拘束を解除すること。また、身体的拘束が必要と判断される場合にあっても、主治医等の付き添いにおいて一時的な拘束解除時間を設けるなど、柔軟な対応を図ること。(水準 B)
- ⑩ 鑑定入院中の対象者に対する行動制限については、鑑定入院医療機関における行動制限最小化委員会での検討対象とすること。(水準 A)
- ⑪ 鑑定入院中の対象者が無断で鑑定入院医療機関から退去した場合については、直ちに裁判所、所轄の警察署に報告し、可能な範囲で対象者の捜索を行うこと。その際、対象者を発見した場合は、対象者に鑑定病棟に戻るよう促すとともに、直ちに裁判所、所轄の警察署に改めて報告すること。(水準 A)
- ⑫ その他

(5) 鑑定入院対象者に対する社会的支援

- ① 対象者の付添人から対象者の病状その他について情報提供を求められた場合には、可能な限りこれに応じること。(水準 B)
- ② 対象者が鑑定入院期間中における日常生活を行うにあたり経済的問題を有している場合は、可能であれば対象者が速やかに生活保護を受給できるよう、適当な援助を行うこと。(水準 C)
- ③ 原則として鑑定入院中の対象者を外出・外泊させる必要はないこと。何らかの理由により対象者を外出・外泊させる必要がある場合においては、裁判所に相談したうえで慎重にこれを行うこと。(水準 C)