

Psychiatric and Mental Health Nursing16,
99-105, 2009.

患者の視点での技術に研修を重ねる中で見え
てきたこと. 精神科看護 36 (9) : 42-48,
2009.

F. 研究発表

1. 論文発表

下里誠二. 暴力のリスク・マネージメント
暴力を回避する対処方法. 精神医療53 :
105-109,2009.

下里誠二. 包括的暴力防止プログラム
(CVPPP) ・その後 身体的介入に偏らず、

2・学会発表

下里誠二、谷本桂：精神科における患者の身
体的攻撃の短期的予測因子の検討.第35回日本
看護研究学会、横浜、2009、8月.

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 21 年度

分担研究報告書

平成 22（2010）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 21 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）	花田 照久（東京武蔵野病院）
岩井 宜子（専修大学法科大学院）	平野 美紀（香川大学法学部）
緒方あゆみ（明治学院大学法学部）	藤村 尚宏（薫風会山田病院）
川本 哲郎（京都産業大学法務研究科）	前田 雅英（首都大学東京都市教養学部）
木ノ元直樹（弁護士）	村田 昌彦（国立病院機構北陸病院）
北潟谷 仁（弁護士）	松木 崇（弁護士）
柑本 美和（東海大学大学院実務法学研究科）	松下 正明（東京都健康長寿医療センター）
椎名 明大（千葉大学医学部附属病院）	安田 拓人（京都大学大学院法学研究科）
須藤 徹（国立病院機構肥前精神医療センター）	山本 輝之（明治学院大学法学部）
瀬川 晃（同志社大学法務研究科）	横藤田 誠（広島大学大学院社会科学研究科）
谷 直之（同志社女子大学現代社会学部）	分島 徹（東京都立松沢病院）
中川 伸明（国立病院機構肥前精神医療センター）	渡邊 一弘（富山大学経済学部経営法学科）
永田 貴子（国立精神・神経センター病院、 千葉大学医学薬学府）	

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。

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るための「医療観察法病棟における対象者の人権擁護に関する調査」と、全国の鑑定入院医療機関における鑑定入院中の対象者の処遇の実態を把握することを目的とした「鑑定入院医療機関における対象者の人権擁護に関する調査」の2つの調査を行った。

「医療観察法病棟における対象者の人権擁護に関する調査」からは、①医療観察法病棟全体として、対象者の同意によらない医療が行なわれることは少ない。②医療観察法病棟に勤務する医師は、倫理会議にセカンド・オピニオンとしての機能を強く要請しており、アドボカシーサービスに対するニーズの高さなど、倫理意識の高さを感じさせる。③退院許可等の審判に関しては、病院側・対象者側からの申立てともにおおむね3カ月以内で決定がでており、裁判所の処理は適正に行われていると考えられる。④喫煙や携帯電話の使用などに関しては、病棟による差異が大きいが、今後、統一した対応方針を検討すべきである。⑤倫理会議のガイドラインに関しては、最低でも月1回、議題の有無にかかわらず定期的に開催すること、病棟規模に

よる差は不要であること、対象者の同意のないデポ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である、ことを明らかとした。

「鑑定入院医療機関における対象者の人権擁護に関する調査」からは、①先行研究と今回調査との間で鑑定入院医療機関の処遇方針には大きな変化はない。②隔離や拘束に関する判断基準や文書告知については、概ね精神保健福祉法に準拠した処遇が行われている。しかし、鑑定入院自体に関する文書説明等については未だ標準化がなされていない状況にある。③携帯電話の使用や喫煙に関しては医療機関ごとの方針の格差が大きい。④対象者を院外に移動することに対しては消極的である。⑤非同意医療については手段による差異は少なく医療機関ごとの格差が大きい。⑥他の医療機関の医師が鑑定医になる場合の行動制限に関する指針は標準化されていない、ことを明らかとした。

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。

本研究は、平成18年度から20年度にかけて行われた「医療観察法による医療提供のあり方に関する研究」における同名の分担研究課題に引き続き、医療観察法の運用における人権擁護に関する法的・倫理的課題を検討するために研究を行うものである。本年度は、従来の指定入院医療機関に対するアンケート調査に加えて、鑑定入院医療機関に対するアンケートを行い、さらに鑑定入院医療機関、指定通院医療機関として稼働中の医療機関に対する聞き取り調査も行った。

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21年7月24日
昨年度までの研究成果の確認と本年度の研究計画についての討議。
2. 平成21年12月12日
指定入院医療機関向けアンケート調査の進行状況ならびに鑑定入院医療機関向けアンケート調査の暫定集計結果の報告。聞き取り調査の結果報告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13日
アンケート調査の結果報告と最終報告書作成に関する検討。

2) 聞き取り調査の実施

医療観察法による鑑定入院医療機関ならびに指定通院医療機関となっている病院に対して、精神科医と法律家がペアとなって訪問し、それぞれの病院における医療観察法によ

る医療の運用の実態やそこでの法的・倫理的課題を中心とした聞き取り調査を行った。

3) アンケート調査

指定入院医療機関向けアンケートと鑑定医療機関向けアンケートを行った。

（倫理面への配慮）

本研究は、個人情報直接扱うものではなく、個人情報の扱いに関しての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21年10月16日 東京武蔵野病院
- 平成21年12月4日 京都大学医学部附属病院精神神経科

2. アンケート調査について

本年度は指定入院医療機関向けのアンケート調査ならびに鑑定入院医療機関向けのアンケート調査という2つのアンケート調査を行った。

I. 指定入院医療機関向けアンケート調査

平成21年7月末日現在に医療観察法病棟を開棟している17病院を対象として調査を行った。「医療観察法病棟における対象者の人権擁護に関する調査」用紙を送付し、16病院（ただし1病院は統計的なデータについて回答なし）から回答を得た。調査票は、各施設における倫理会議の審査実績、処遇改善請求などについて尋ねる施設票（別紙1）、各施設に勤務する精神科医の個人的な意見を尋ねる個別票（別紙2）の2種類から構成されている。

施設票の調査の項目は、①倫理会議の審査実績、②処遇改善請求、③退院許可等の申立て、④喫煙・携帯電話使用の状況、⑤特定病床・特定医療機関、⑥アドボカシーサービ

ス、である。また、回答者個人の意識・考え方を尋ねる個別票の調査項目は、①倫理会議やガイドラインについての意識、②電気けいれん療法（以下、ECT）や持続性抗精神病薬（以下、デボ剤）の使用に関する考え方、③アドボカシーサービス、④治療反応性に関する考え方、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、「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」班の指定入院医療機関向けのアンケート調査と同時に行われた。ただし、班全体のデータ集積・解析の進行状況の遅れもあり、昨年度までの研究で検討した電気けいれん療法や隔離・拘束などの行動の制限に関するデータを得ることはできなかった。

ア) 施設票について

(1) 倫理会議の審査実績

平成20年10月1日～平成21年7月15日の間

の倫理会議の開催頻度・開催実績、および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1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5病院にすぎず、月1回が9病院、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13回、9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、2病院で6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2に示し

表1 倫理会議の審査実績（ガイドライン記載の治療行為）

施設	開催頻度	開催実績	事前評価								事後評価
			デボ剤の使用				非経口投与				麻酔薬 審議回数
			回数	対象者数	承認	継続審議	回数	対象者数	承認	継続審議	
A	2	19	0	0	-	-	0	0	-	-	0
B	1	11	2	2	2	0	2	2	2	-	0
C	1	9	1	1	1	0	0	0	-	-	0
D	2	18	0	0	-	-	0	0	-	-	0
E	2	13	1	1	1	0	0	0	-	-	0
F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G	1	8	0	0	-	-	0	0	-	-	0
H	2	19	2	1	2	0	0	0	-	-	0
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	1	11	2	2	2	-	0	0	-	-	0
K	1	8	0	0	-	-	0	0	-	-	0
L	1	10	0	0	-	-	0	0	-	-	0
M	2	10	4	1	4	3	4	3	4	2	0
N	0	1	1	1	1	0	0	0	-	-	0
O	1	10	0	0	-	-	0	0	-	-	0
P	1	11	0	0	-	-	0	0	-	-	0
Q	1	1	0	0	-	-	0	0	-	-	0

た。注射による強制投薬は4病院で36回、12名の対象者について、非同意の経口投与については3病院で、6回、5名の対象者について審査が行われていた。強制栄養については施行例はなく、通信の制限について1病院で1回、1名の対象者について審査が行われた。

(2) 処遇改善請求

平成20年10月1日から平成21年7月15日までの処遇改善請求の状況について表3に示した。処遇改善請求は、3病院で10件9名の対象者に対してあったが、1件1名をのぞきすべて地方厚生局のレベルで却下されていた。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1例は、調査時点では審査結果は出ていなかったが、処遇改善請求の理由は、病棟内喫煙をめぐるものであった。

(3) 退院許可の申立て

平成20年10月1日から平成21年7月15日までの退院許可等の申立ての状況を表4に示し

た。未回答の病院を除き、病院側からの申立ては144件(143名)、対象者側からの申立ては36件(32名)であった。対象者側からの申立てはすべて対象者本人によるものであった。

裁判所の審判結果は、病院側からの申立てでは、却下7件(7名)、容認(退院)93件、容認(医療終了)38件であった。これに対して、対象者側からの申立てでは、却下34件(30名)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12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ヶ月の事例が最多で、次いで1ヵ月以内大部分であったが、6ヶ月を超えた事例も1例あった。審判期間に関しては、病院側の申立てと対象者側からの申立てとの間で大きな差異は認めなかった。審判期日の開催場所は、病院が28件(26%)、裁判所が80件(74%)で

表2 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)

施設	開催実績	強制投薬			非同意経口投与			強制栄養			通信の制限			面会
		(注射による)			回	人	承認	回	人	承認	回	人	承認	
		回	人	承認										
A	19	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
B	11	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
C	9	30	5	30	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
D	18	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
E	13	3	4	2	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G	8	0			1	1	1	0	0	-	0	0	-	0
H	19	2	2	2	0	0	-	0	0	-	1	1	1	0
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	11	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
K	8	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
L	10	1	1	1	1	1	1	0	0	-	0	0	-	0
M	10	0	0	0	4	3	4	0	0	-	0	0	-	0
N	1	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
O	10	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
P	11	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
Q	1	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0

表3 処遇改善請求の状況

施設	処遇改善 請求の 有無	問い合わせ		却下		改善指導		社会保障審議会	
		件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数
A	有	7	6	6	5	0	0	1	1
B	無	-	-	-	-	-	-	-	-
C	無	-	-	-	-	-	-	-	-
D	有	1	1	1	1	-	-	-	-
E	無	-	-	-	-	-	-	-	-
F	無	-	-	-	-	-	-	-	-
G	有	2	2	2	2	-	-	-	-
H	無	-	-	-	-	-	-	-	-
I	回答なし	-	-	-	-	-	-	-	-
J	無	-	-	-	-	-	-	-	-
K	無	-	-	-	-	-	-	-	-
L	無	-	-	-	-	-	-	-	-
M	無	-	-	-	-	-	-	-	-
N	無	-	-	-	-	-	-	-	-
O	無	-	-	-	-	-	-	-	-
P	無	-	-	-	-	-	-	-	-
Q	無	-	-	-	-	-	-	-	-

表4 退院許可の申立て件数と審判場所

施設	申立て（病院側）		申立て（対象者側）		審判場所	
	件数	人数	件数	人数	裁判所	病院
A	19	19	2	2	13	0
B	16	16	1	1	0	0
C	15	15	1	1	14	0
D	16	16	9	6	0	16
E	11	11	6	6	11	
F	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
G	8	8	1	1	9	
H	15	14	0	0	0	0
I	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
J	8	8	2	2	1	1
K	8	8	1	1		6
L	1	1	4	4	4	
M	4	4	2	1	6	0
N	3	3	0	0	3	0
O	13	13	7	7	15	5
P	7	7	0	0	4	0
Q	0	0	0	0	0	0

表5 退院許可等の申立ての審判結果

施設	病院側				対象者側			
	却下		退院許可	医療終了	却下		退院許可	医療終了
	件数	人数			件数	人数		
A	0	0	10	3	0	0	0	0
B	0	0	13	13	1	1	0	0
C	1	1	9	5	2	2	0	0
D	0	0	11	5	9	6	0	0
E	1	1	7	3	5	5	0	0
F	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
G	0	0	6	2	1	1	0	0
H	1	1	1	0	0	0	0	0
I	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
J	0	0	7	1	2	2	0	0
K	0	0	5	1	1	1	0	0
L	0	0	1	0	4	4	0	0
M	1	1	2	1	2	1	0	0
N	3	3	3	0	0	0	0	0
O	0	0	12	1	7	7	0	0
P	0	0	6	3	0	0	0	0
Q	0	0	0	0	0	0	0	0

表6 退院許可等の申立ての審判期間

施設	病院側				対象者側			
	1か月	3か月	6か月	6か月以上	1か月	3か月	6か月	6か月以上
A	1	7	5	0	0	0	0	0
B	4	12	0	0	0	1	0	0
C	4	10	0	0	0	0	0	0
D	1	12	2	0	3	5	0	0
E	0	10	0	0	1	4	0	0
F	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
G	3	5	0	0	0	1	0	0
H	1	10	1	0	0	0	0	0
I	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし	回答なし
J	1	6	1	0	0	0	0	0
K	0	4	0	1	0	1	0	0
L	0	1	0	0	0	4	0	0
M	1	3	0	0	1	1	0	0
N	0	3	0	0	0	0	0	0
O	13	0	0	0	0	5	2	0
P	2	7	0	0	0	0	0	0
Q	0	0	0	0	0	0	0	0

あった。

(4) 喫煙・携帯電話の使用について

社会保障審議会医療観察法部会に対する処遇改善請求の議題にあがることの多い喫煙の取り扱いについては、敷地内全面禁煙という回答が1病院、院内病棟外の喫煙可能な場所で喫煙可能という回答が1病院、病棟屋外スペースの所定の場所でのみ喫煙可という回答が1病院、病棟内に喫煙室を設置という回答が13病院であった。喫煙の取り扱いに関し倫理会議で検討されたことがある病院は2病院であった。

携帯電話の使用に関しては、全面使用禁止という回答が10病院、病棟内は使用禁止だが散歩時には使用可という回答が1病院、社会復帰訓練で必要な場合のみ使用可という回答が2病院、病棟内でも使用可という回答が3病院であった。

(5) 特定病床・特定医療機関に関して

回答の得られた13病院の平成20年10月1日～平成21年7月15日の特定病床・特定医療機関の在院者総数と平成21年7月15日現在の在院者数を表7に示した。また、特定病床・特定医療機関に在院中の対象者からなされた処遇改善請求と当初審判に対する抗告の件数は、表8のとおりであった。

特定医療機関における対象者の治療方針の取り決め(図1)では、メールや電話でのやりとり(10病院)、契約書交付(9病院)が多く、電子カルテの共有は1病院のみであった。また、対象者に対する説明(図2)は、指定入院医療機関の職員が出向き直接面接している病院が殆どであった。特定医療機関で倫理会議の審査の対象となる事態が生じた場合の対処は、医療観察法病棟の倫理会議にのみ諮っているが5病院、特定医療機関の倫理会議にのみに諮っているが3病院、諮っていないが4病院、特定医療機関は使用しないが2病院と統一された方針は見いだせなかった。

対象者の外出・外泊に関しては、1項入院では、全て医療観察法病棟が判断が5病院、特定医療機関が判断し医療観察法病棟に連絡が5病院、外出・外泊は行わないが1病院、事例なしが3病院であった。2項入院については、全て医療観察法病棟が判断が4病院、特定医療機関が判断し医療観察法病棟に連絡が4病院、事例なしが4病院、回答なしが2病院であった。

特定病床における対象者に対する説明は、直接面接しているという回答が8病院、特定病床の職員に委託しているという回答が4病

表7 特定病床・特定医療機関の在院者

	在院者総数				在院者数(平成21年7月15日現在)			
	特定病床		特定医療機関		特定病床		特定医療機関	
	男	女	男	女	男	女	男	女
1項	26	5	40	5	1	0	3	0
2項	12	1	4	2	3	1	0	1

表8 特定病床・特定医療機関における処遇改善請求・抗告

	処遇改善請求(件)		抗告(件)	
	却下	承認	却下	承認
特定医療機関(1項)	0	0	4	1
特定医療機関(2項)	0	0	0	0
特定病床(1項)	1	0	5	0
特定病床(2項)	0	0	0	0

院、特定病床の利用なしという回答が4病院であった。特定病床で倫理会議の審査の対象となる事態が生じた場合の対処は、医療観察法病棟倫理会議にのみ諮るが8病院、倫理会議には諮っていないが2病院、特定病床の利用なしが4病院であった。

対象者の外出・外泊に関しては、1項入院では、全て医療観察法病棟が判断が7病院、特定病床のスタッフが判断し医療観察法病棟に連絡が3病院、外出・外泊は行わないが1病院、事例なしが3病院であった。2項入院では、全て医療観察法病棟が判断が5病院、特定病床のスタッフが判断し医療観察法病棟

に連絡が2病院、事例なしが5病院、回答なしが2病院であった。

特定医療機関在院中の対象者の処遇で問題が生じた事例を尋ねたところ、以下の回答があった。

- ・ 退院地が遠方であるため2項転院を行い、援護寮への退院を目指していたが、本人の病状の不安定さに加え、当院で行っていた治療がうまく伝達・継続できず、退院に至らず処遇終了となった。治療の継続と2項転院後の介入の程度について困難を感じた。
- ・ 2項入院の上限が6ヶ月となっている

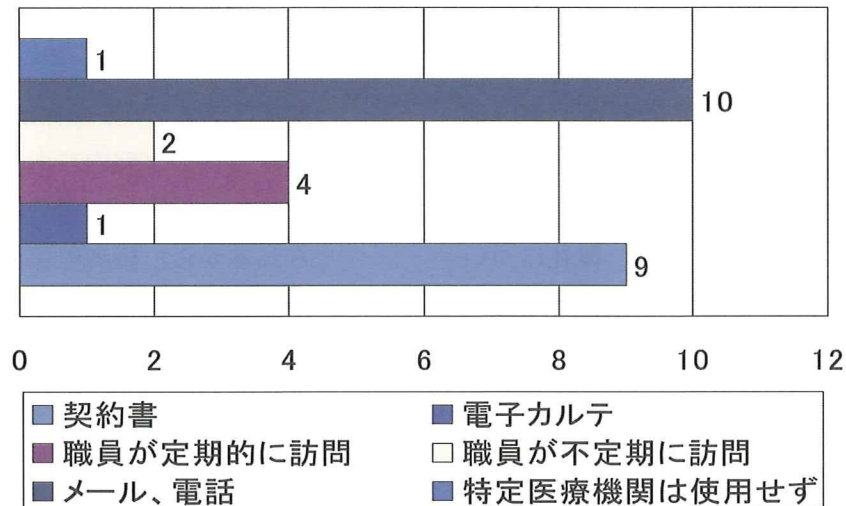


図1 特定医療機関における治療方法に関する取り決め

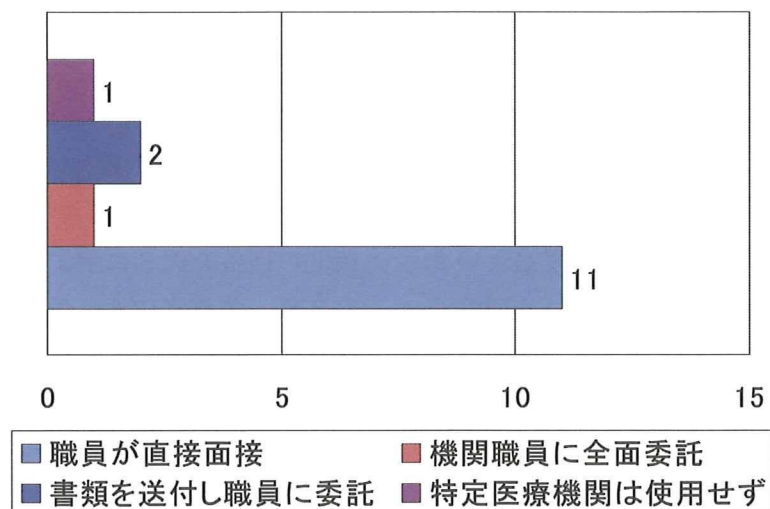


図2 特定医療機関における医療観察法に関する説明や治療契約

が、医療の不確実性というものに鑑みれば、あと6ヶ月で確実に退院させられるという保証などあるはずがない。実際、当院で経験したケースでは、転院後に一時的に状態が不安定になり、当初の退院見込みを大幅に超えてしまった。辛うじて6ヶ月以内に退院させることができたが、2項入院は一種のギャンブルだと感じた。2項入院は対象者側にも、指定通院医療機関側にもメリットは多いと思うが、入院期間に上限があるとすると、運用面で困難な局面も出てくるだろう。

(6) アドボカシーサービスについて

弁護士等による相談が行われていると回答したのは6病院（定期的：3、不定期：3）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病院であった。交通費の負担は4病院から回答があり、病院側が2病院、来棟者側が2病院、謝礼について支払い有りとは回答したのは1病院であった。

イ) 個別票

国立施設13施設中、12施設より17人、都道府県立施設4施設中、4施設より4人、合計16施設より21人の回答を得た。なお、自由記載欄の回答を資料3に掲載した。

(1) 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15人、実態にそぐわないという回答が5人、適切なものがあれば変更した方が良いという回答が1人であった。

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、「参加すべき」が13人、「どちらとも

いえない」が8人であった。

「参加させるべき」とする理由としては、以下のようなものが挙げられていた。

- ・ 人権擁護の観点から処遇の妥当性を検討するうえで、弁護士等の法律家の参加は有意義と考える
- ・ 治療に対する法的な担保となるため
- ・ 医師のみの参加であると治療の必要性の面に話が傾きやすいと思われるため
- ・ 倫理会議の公平性、透明性を保つため

また、「どちらともいえない」理由としては、

- ・ 主として治療実務の問題であり、法律家は専門知識を持っていない。しかし拒む理由はない
- ・ 参加は望ましいが確保は難しい
- ・ 倫理委員会が院内にあるので本来の意味での倫理的問題の解決はそこで図られるから。権利の保障は、法律家相談を月に一回保証できているのでこちらで合理的に解決できるため。会議ばかり増えるのは治療の運営上良くない
- ・ 時に法律家の意見を聞きたい事項があり参加してもらったほうが良いと考えるが、参加させるべきだとか、べきではないとか考えることではないと思います。

などであった。

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、望ましい職種について尋ねた設問の回答を図3に示す。弁護士16件、検察官4件、裁判官12件、学者5件、職種に無関係5件であった。その理由として、

- ・ 理想では裁判官が望ましいが、現実的には弁護士か学者である
- ・ 司法の当事者が望ましい
- ・ 医療観察法の現場の状況を理解してい

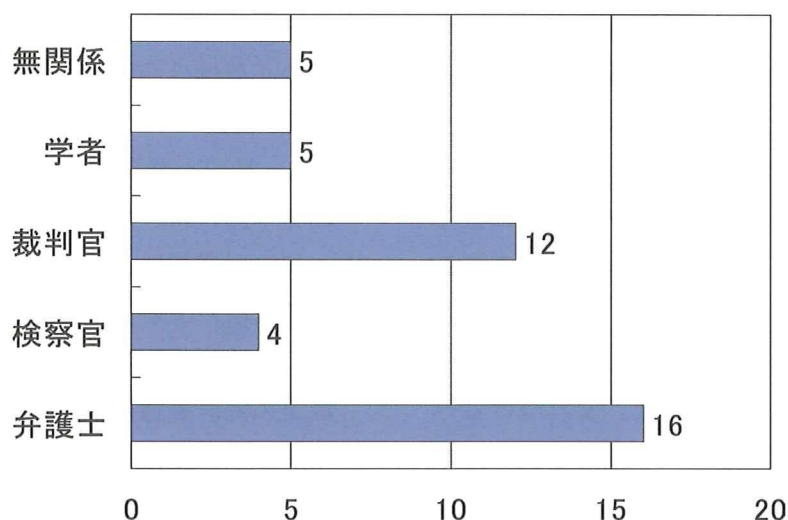


図3 倫理会議の外部委員として望ましい法律家

ることが望ましい

- ・ 対象者の人権擁護の立場で発言できる人物であれば職種にはこだわらない

などが挙げられた。弁護士が良いとした理由では、「人権的配慮については他職種よりなじみがあるように思われるから」や「セカンドオピニオンとして意見が出やすい」が挙げられた。

④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、必要が18人、どちらともいえないが3人であり、不要は0人であった。

必要と思う理由としては、「直接会った方が対象者をよく理解できる」、「書類（職員からの情報）には申請者の主張が大きく介在している」、「処遇に不満を持った対象者に第三者の立場で面接を行い、対象者の不満を吸い上げ、処遇の必要性につき説明してもらえると、治療意欲の向上に役立つ可能性がある」などがあげられた。どちらともいえないとした人も、「希望があれば当然面接してもらおう」、「場合による」と述べ、面接に否定的な意見はなかった。

⑤開催頻度について

原則月2回と規定されている倫理会議の開

催頻度についての設問では、「定期的で開催する」が13人、「議題のあるときのみ」が8人であった。定期的と回答した理由では、「非定期とすると漏れがでる可能性があり、透明性を保つためにも定期的が望ましい」、「（議題のあるときのみとすると）議題をあげることを控えようとする力動が働きかねない」、「外部からの視点を常に意識しておくメリットを感じるため」などがあげられていた。議題があるときのみとする理由としては、「会議の種類、回数が多すぎ、日常業務に影響している」、「月2回だと特に報告・検討事項がないことが多々あるため」、「隔離・拘束、強制的なデポ剤治療が行なわれることが少ないため」などがあげられていた。

定期的で開催とすると答えた回答者に、適切と考える開催頻度を尋ねたところ、月1回が12人、月2回が1人であった。理由としては、「現実的に月2回では外部委員の調整が困難と思われるし、議題もそれほど多くない」、「現在の統計（これまでの経験）に基づく感覚」、「2ヶ月も間隔があくとリアリティに欠ける」などがあげられていた。

⑥病棟規模による倫理会議の運営方法について

ガイドラインに想定されていない小規模病

床、小規格病棟などにおける倫理会議の運営方法についての設問では、病棟規模により差をつけるべきという回答が5人、つけるべきでないという回答が16人であった。つけるべきとする理由では、「スタッフの人数に限りがあり、マンパワーが会議に費やされることで日常業務に支障が生じる」、「入院対象者が少ない場合は議題も少なくなると思われるため」などがあげられていた。またつけるべきでないとする理由では、「議論されるべき問題について差異がそれほどあるとは思われない」、「医療の内容が同一であるという建前であるならガイドラインの運用にも差をつ

けるべきではない」、「病床数と外部からの視点の必要性は相関しないため」などがあげられていた。

(2) ECTの施行について

図4・図5に、指定入院医療機関、特定病床、特定医療機関、鑑定入院医療機関、精神保健福祉法による入院患者に対する、ECT施行に関する考え方を尋ねた結果を示す。

鑑定入院医療機関以外の施設では、ガイドラインに家族の治療参加について言及されていない指定入院医療機関でも、「対象者が拒否の場合も家族等の同意を得て行う」が最多であった。鑑定入院医療機関では、ECTを

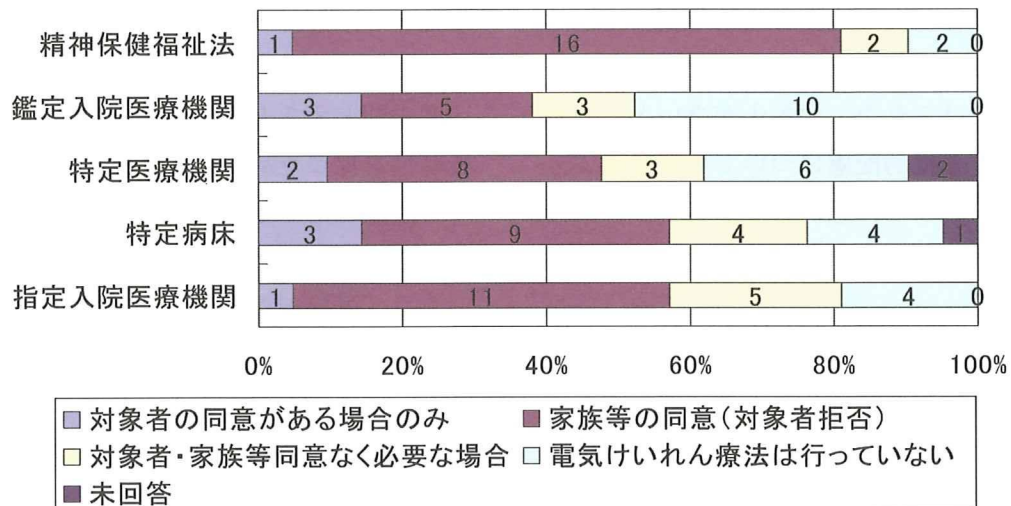


図4 ECTの同意

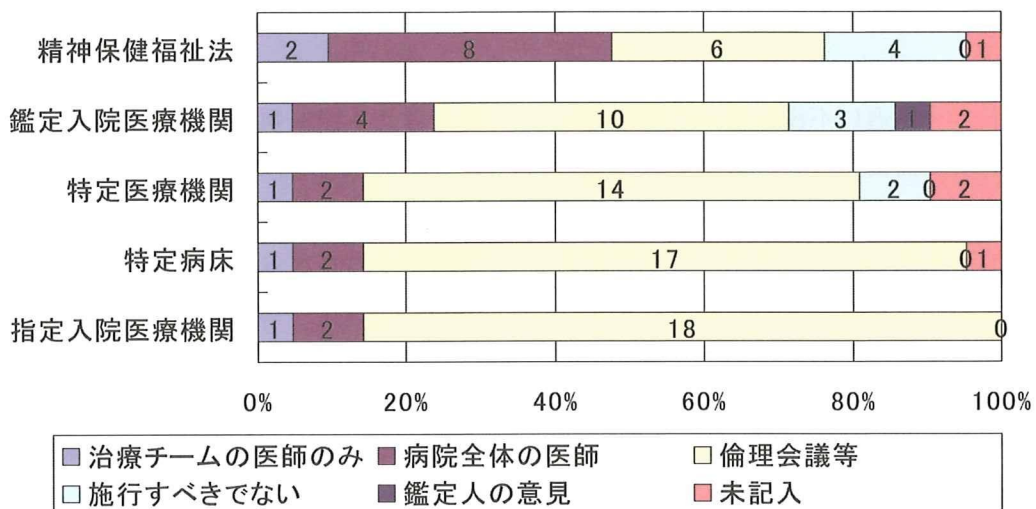


図5 ECT施行の必要性・妥当性の判断

施行していないという回答が半数近くであった。また、ECT施行の必要性・妥当性の判断は、精神保健福祉法による入院患者に対しては、治療チームの医師に加え治療チームとは独立した医師とも事前に必要性を検討するという回答が多かった。それ以外の医療観察法による入院対象者に対しては、倫理会議で事前に必要性を検討したうえで行なうという回答が殆どであった。

(3) 持効性注射製剤（デポ剤）の使用について

医療観察法の対象者へのデポ剤の使用については、積極的に使用したいが4人、必要があれば使用したいが16人、なるべく使用したくないが1人であった。

対象者の同意のないデポ剤の使用について倫理会議の事前審査を義務付けているガイドラインの規定については、現状のままでよいが16人、変更した方がよいが5人であった。現状のままでよいとする理由は、「非同意治療であるから」、「デポ剤が必要となる状況は緊急性に乏しく、倫理会議を待つことが可能である」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、「他の治療法に比べてそれほど侵襲的な治療とは考えられないため」、「迅速性に欠けるから」、「事後検証でも良いと考えられる。それほど一般的な治療方法であるから」などがあげられていた。

(4) アドボカシーサービスについて

アドボカシーサービスについて、必要という回答は18人、あったほうが良いという回答は1人、不要が1人であった。希望する職種は、弁護士（20件）、公的人権擁護機関の職員（12件）、権利擁護に見識のある人（8件）の順であった。

(5) 治療反応性に関する意見

「治療反応性」について、期間、手段、評価者などの考えを聞いた設問では、15病院20

人より以下のような回答が得られた。

【期間について】

- ・ 事例ごとに判断
- ・ 1年～1年半
- ・ 指定入院を3年継続するも有意な治療効果が得られなければ「治療反応不良群」として別枠で治療を進めるルートを作るべきと考える
- ・ 診断によって異なる。一般的に治療反応性があるとされる疾患では、ガイドラインの1年半が判断の目安となる（統合失調症残遺状態など症状が固定化したものであればさらに短期間でもありうる）
- ・ 明らかに対象外と判断できる場合を除けば、約1年の期間でおおよそその治療反応性に関する判断を行なう。
- ・ 十分な薬物投与を行なって病状改善しない場合も心理教育等にある程度反応がある場合には、ガイドラインの定める1年半を超えてもまだ治療反応性があると見なして入院を継続する。
- ・ 2年を越える時点で一旦評価し、それを越える例については治療反応性に限界ありと判断している。
- ・ 薬物療法に関しては、標準的な薬物療法を複数、順次施行していけば、1年もあれば評価できるだろう

【手段（mECT、クロザピンの使用など）について】

- ・ mECT、クロザピン投与は必須ではない
- ・ 薬剤数剤を単剤もしくは組み合わせで使用した後、ECTは本人の同意があった場合、クロザピンが使用可能であればECTの前に必ず行う
- ・ ECT、クロザピンは施設状況による
- ・ ECTは原則行なわない（行なう設備がない）、クロザピンは今後検討する

(複数病院)

- ・ 精神分析やEMDRなどの心理的侵襲の大きい治療は許可しない
- ・ ECTは慢性持続する陽性症状や既に固定化した状態に対する効果についてのエビデンスに乏しいため、必須ではないと考える。クロザピンは条件を満たすなら使用を試みる必要がある
- ・ mECT、クロザピンを全例に行なわないと治療反応性を評価できないと硬直的に決めるのではなく個別に判断する
- ・ 薬物療法で効果のない場合はECTも施行した上で治療反応性を判断する

【評価者】

- ・ 入院機関の精神科医が判断し、精神保健審判員が判断する
- ・ 外部委員を含めた倫理会議、院内の他医師を含めたカンファレンス
- ・ 病棟医長が実務的には行う
- ・ 主に主治医を含む担当チームが行うが、最終的な決定は運営会議など上部の会議で下されるべきである
- ・ 多職種チーム会議⇒治療評価会議⇒精神科の院内検討会⇒運営会議⇒裁判所のカンファレンス (複数)

【その他】

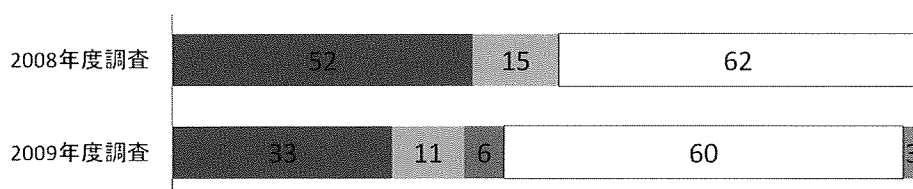
・ Kaneによる治療抵抗性統合失調症の基準を満たすもの

全体として、「治療反応性」は薬物療法の治療反応性ばかりでなく、その限界を補う心理社会的治療に対する反応性を考慮した総合評価であるべきであるという意見が多かった。

II. 鑑定入院医療機関に対するアンケート

全国の鑑定入院医療機関における、鑑定入院中の対象者の処遇の実態を把握することを目的として「鑑定入院医療機関における対象者の人権擁護に関する調査」を行った。全国の鑑定入院医療機関219施設に対し郵送により調査票(資料4)を送付し、51.6%に当たる113施設から回答を得た。なお、本調査は、厚生労働科学研究「医療観察法鑑定入院制度の適正化に関する研究」(研究代表者:五十嵐禎人)の分担研究課題「鑑定入院医療機関における医療・観察に関する研究」(研究分担者:平田豊明)と項目等を調整のうえ同時に行われた。

調査項目は、①対象者への説明、②行動制限等の取り扱い、③対象者の外出・外泊について、④電気けいれん療法・デボ剤の使用方針、⑤鑑定医が他院所属の精神保健判定医である場合の対応方針、である。調査項目の一



- 1. 厚生労働科学研究班によるモデル文書を用いて説明を行っている
- 2. 厚生労働科学研究班によるモデル文書をもとに作成した独自の文書を用いて説明を行っている。
- 3. 厚生労働科学研究班によるモデル文書とは別に作成した独自の文書を用いて説明を行っている
- 4. 文書は用いず、口頭による説明のみを行っている
- 5. 特に説明は行っていない

※2008年度調査では2. と3. を区別していない。

図6 入院にあたり、対象者に医療観察法や鑑定入院に関する説明を行っていますか？

部は平成20年度に行われた先行研究と内容が重複しているため、比較検討した。

(1) 鑑定入院対象者への説明

入院に当たり対象者に医療観察法や鑑定入院に関する説明を行っているかについては、厚生労働科学研究によるモデル文書その他何らかの形で文書による説明を行っている施設が約半数を占めた(図6)。しかし、残りの半数の施設では文書による説明を行っておらず、口頭でさえも説明を行っていない施設もわずかながら見られた。

また、対象者が病院から説明を受けたことの確認については、確認のための書面を取っ

ている施設は1割強に過ぎない(図7)。口頭による確認を取っている施設が半数を超えるが、口頭での確認も取っていない施設も2割以上あり、実際には口頭で対象者に確認を取ったか否かの区別は曖昧であろうと思われる。

(2) 対象者の行動制限等の取り扱い

対象者に対する行動制限についての方針として、4割の施設で通常の診療よりも強固な行動制限を行っていると回答していた(図8)。対象者に隔離や身体的拘束を行う必要性の判断は、ほぼ全ての施設において精神保健指定医により行われている(図9)。

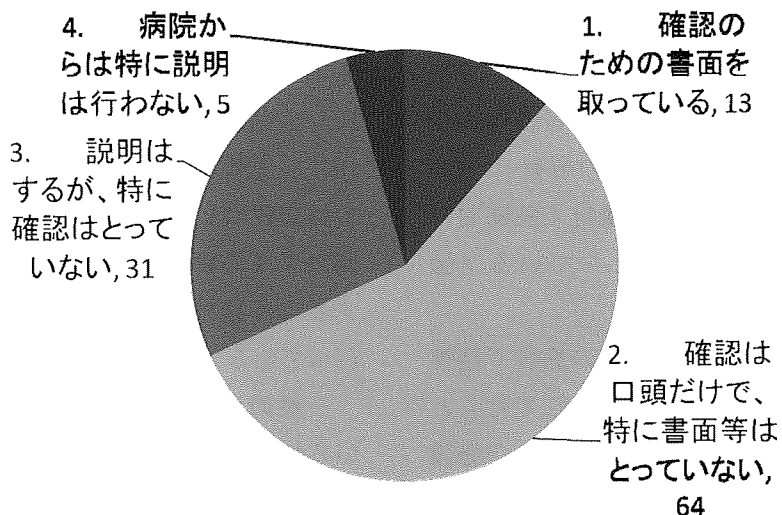


図7 対象者が病院から説明を受けたことの確認はどのようになさっていますか？

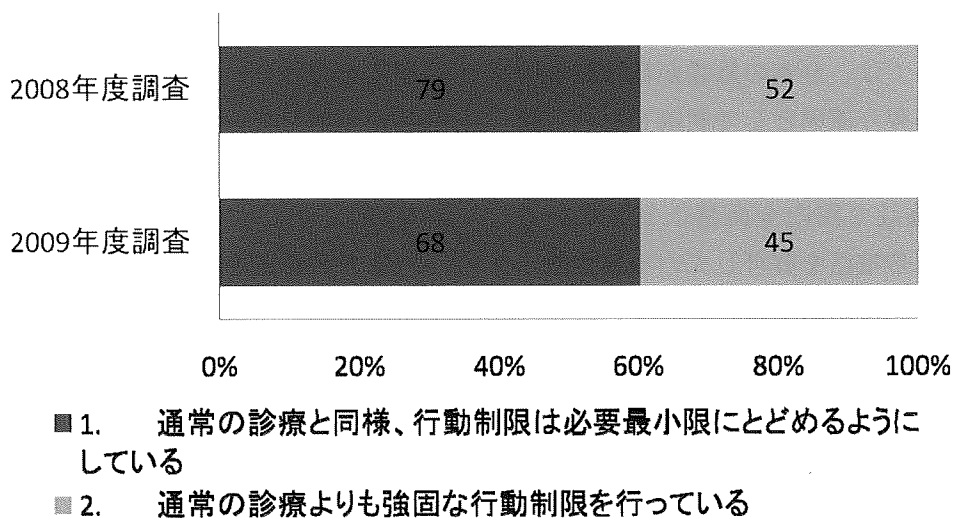


図8 対象者に対する行動制限については、どのような方針で行われていますか？

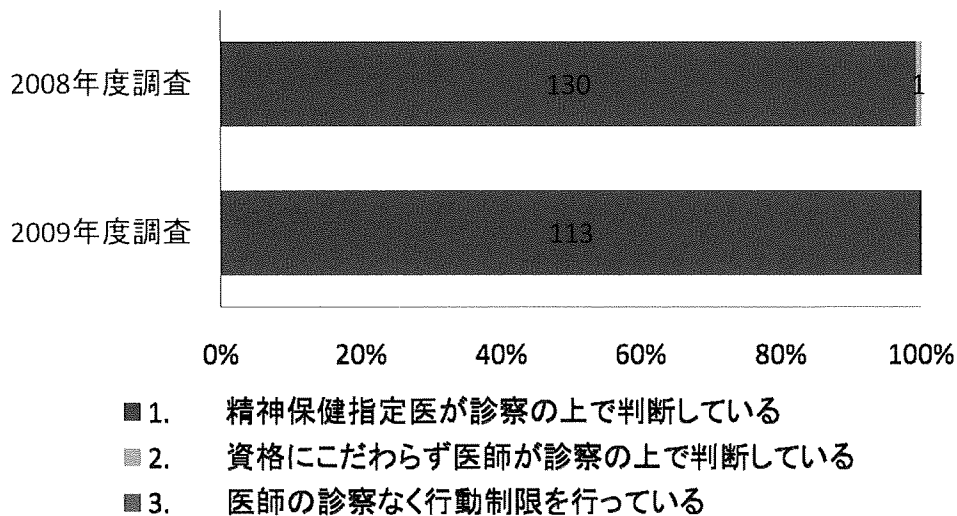


図9 対象者に隔離や身体的拘束を行う必要性については誰が判断していますか？

鑑定入院当初の対象者を隔離するか否かについては、4割の施設において鑑定入院対象者は必ず隔離を行うこととしていると回答している（図10）。隔離中の対象者の精神状態が比較的安定しているときの方針についても、約1割の施設において鑑定入院期間中原則として隔離を行うこととしている（図11）。

身体拘束についてはほとんどの施設で精神保健指定医の判断により必要に応じて行うと回答し、必ず身体拘束を行うと回答した施設はほぼ皆無だった（図12）。また、身体拘束中の対象者の精神症状が比較的安定しているときには全施設において身体拘束の解除を検討すると回答した（図13）。

電話については、9割の施設が精神医学的に必要がない限り原則として制限しないと回答した（図14）。携帯電話使用については、ほぼ半数の施設で院内全面禁止としている（図15）。携帯電話を許可している施設のうち、精神医学的に制限する必要のない対象者に対して原則として使用を許可するとした施設は10施設で、一定条件で使用を許可するとした施設は38施設だった（図16）。なお、図15と図16の回答が矛盾している施設も28施設見られた。携帯電話の使用に関してはまだ手

探りの状況が推定される。

面会制限については、ほとんどの施設が原則として制限しないこととしている（図17）。信書の発受についても同様である（図18）。封書に異物が同封されているような場合の対応についてもほとんどの施設が対象者に開封させ異物を取り出したうえで対象者に渡すという精神保健福祉法に則った取り扱いを行っている（図19）。

一般の入院患者の院内での喫煙を禁止している施設は全回答施設の4分の1に及んでいない（図20）。一方、条件により喫煙を許可している施設のうち、鑑定入院中の対象者の喫煙を原則として制限しないと回答した施設は3分の1程度であり、残りの施設では何らかの制限を設けている（図21）。図20と図21の回答が矛盾している施設もあるが、それらでは院内以外での喫煙を想定しているのかもしれない。

対象者の行動を制限する際に行動制限を行う旨とその理由について告知を行っているかについては、8割以上の施設において文書による告知を行っていると回答している（図22）。また、鑑定入院中の対象者の行動制限について行動制限最小化委員会の検討対象としているかについても、8割程度の施設にお

いて対象とすると回答していた（図23）。

（3）対象者の外出泊について

図24に、精神保健福祉法による医療では外出や外泊を許可するような精神状態にある鑑定入院中の対象者について外出泊の許可に関する方針を尋ねた設問に関する回答を示した。

院内外出については、原則として許可しないと回答した施設が最多であるが、職員複数の付添により許可するとした施設も4分の1程度あった。院外外出についてはそのような施設は少なく、全体の6割の施設において許可しないとの回答があった。外泊については9割の施設が許可しないと回答していた。

（4）電気けいれん療法・デポ剤の使用方針

鑑定入院中の対象者に対する、向精神薬の投与、向精神薬の静脈注射、抗精神病薬の筋注のいずれにおいても、8割以上の施設において、対象者の同意がなくとも必要な場合には実施するとしている（図25）。

デポ剤による治療については、対象者や家族の同意がない場合でも必要な場合には行うとした回答が最多であった（図26）。電気けいれん療法については、対象者の同意がない場合には家族の同意を得て行うとした回答が

最多であった（図27）。ただし、デポ剤及び電気けいれん療法を対象者の同意なしで実施するに当たっては、過半数の施設において事前に鑑定医と必要性を検討した上で行う（図28）としており、鑑定への差し障りがないかについて一定の配慮が行われているようである。

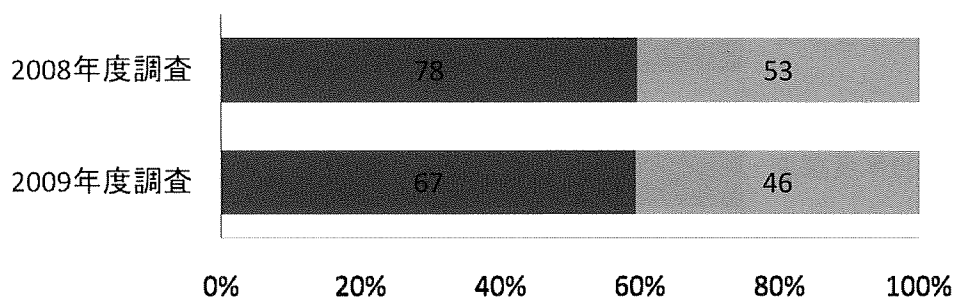
（5）鑑定医が他院所属の精神保健判定医である場合の対応方針

図29に、鑑定医が対象者の入院している鑑定入院医療機関に所属する医師でない場合の対応方針について尋ねた設問の回答結果を示した。他院所属の判定医が鑑定を行う鑑定入院医療機関は全体の半分程度であるが、それらの施設での判断は、隔離解除、身体拘束解除、その他の処遇や治療のいずれにおいても、主治医のみの判断で行っている施設と、鑑定医と相談しながら行っている施設とに二分され、鑑定医にのみ判断をゆだねている施設はほとんどなかった。

D. 考察

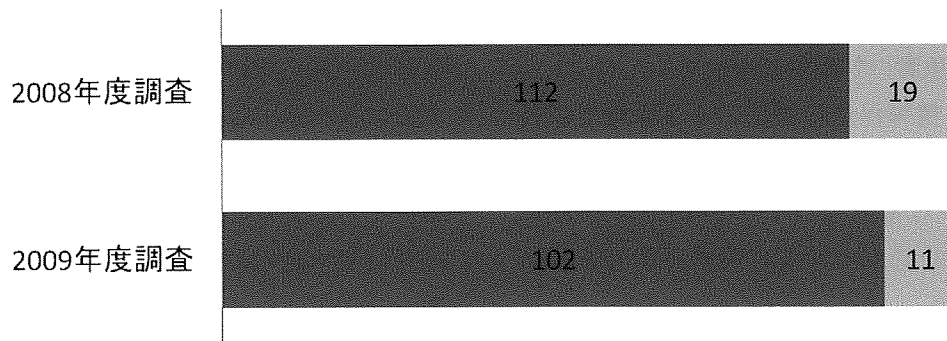
本年度の調査結果を、指定入院医療機関向けアンケート調査と鑑定入院医療機関向けアンケート調査にわけて、以下、検討する。

I. 指定入院医療機関向け調査



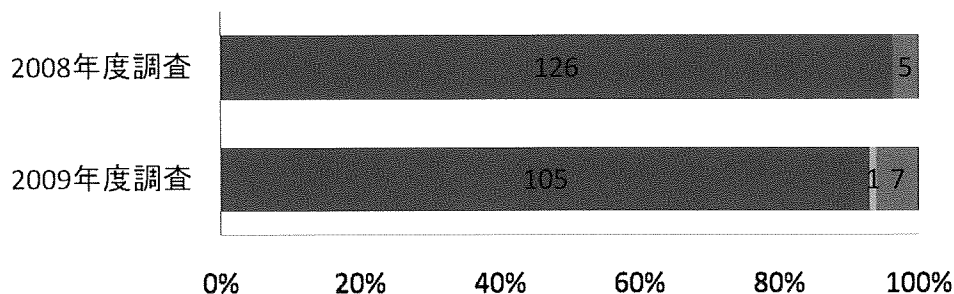
- 1. 器物破損のおそれが高いなど、対象者の医療又は保護を図るために必要と精神保健指定医が判断した場合に限り隔離を行う
- 2. 鑑定入院当初の対象者には必ず隔離を行うこととしている
- 3. 対象者の隔離は行わない

図10 鑑定入院当初の対象者を隔離することがありますか？



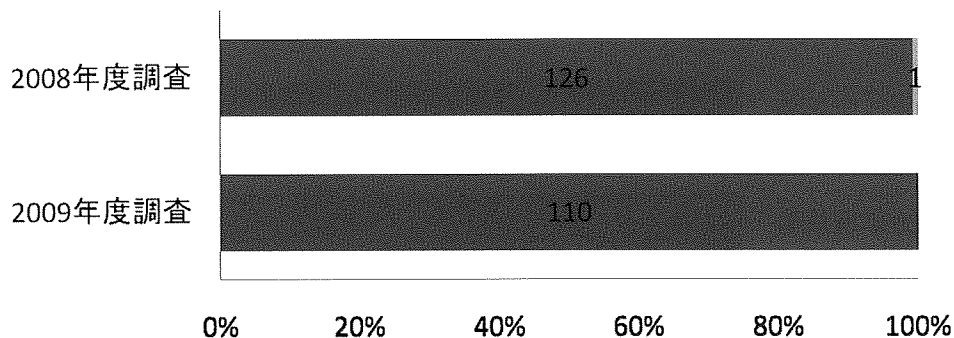
- 1. 隔離が必要でなくなれば速やかに解除し、また隔離中であっても対象者の状態に応じて試験的開放や職員の付き添いによる開放などを適宜行う
- 2. 対象者は鑑定入院期間中、原則として隔離を行う

図11 隔離中の対象者の精神状態が比較的安定しているときにはどのように処遇していますか？



- 1. 不穏が著しい場合など、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身体的拘束を行う
- 2. 鑑定入院当初の対象者には必ず身体的拘束を行うこととしている
- 3. 対象者の身体的拘束は行わない

図12 鑑定入院当初の対象者に身体的拘束を行うことがありますか？



- 1. 身体的拘束が必要でなくなれば速やかに解除し、また身体的拘束中であっても対象者の状態に応じて試験的な解除や職員付き添いのうえでの解除などを適宜行う
 - 2. 対象者は鑑定入院期間中、原則として身体的拘束を行う
- 図13 身体的拘束中の対象者の精神状態が比較的安定しているときにはどのように処遇していますか？