

図14 対象者の電話を制限していますか？

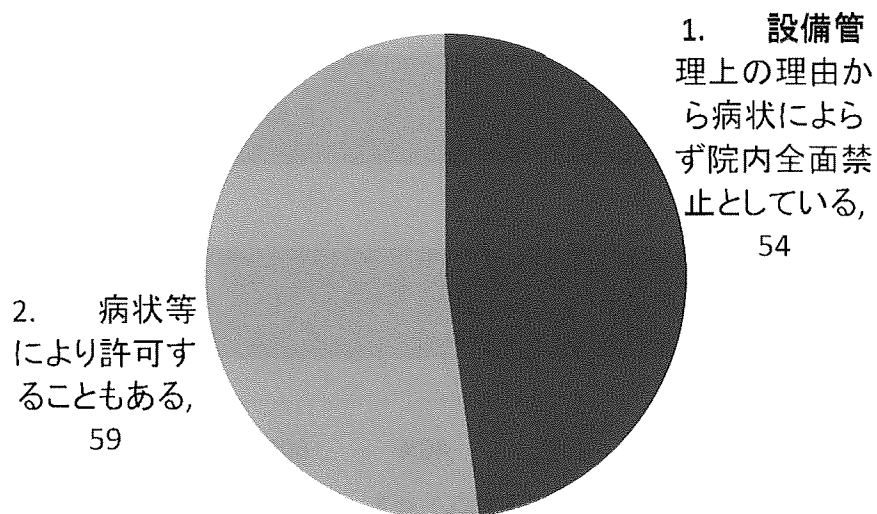


図15 貴院では一般の入院患者の院内での携帯電話使用を許可していますか？

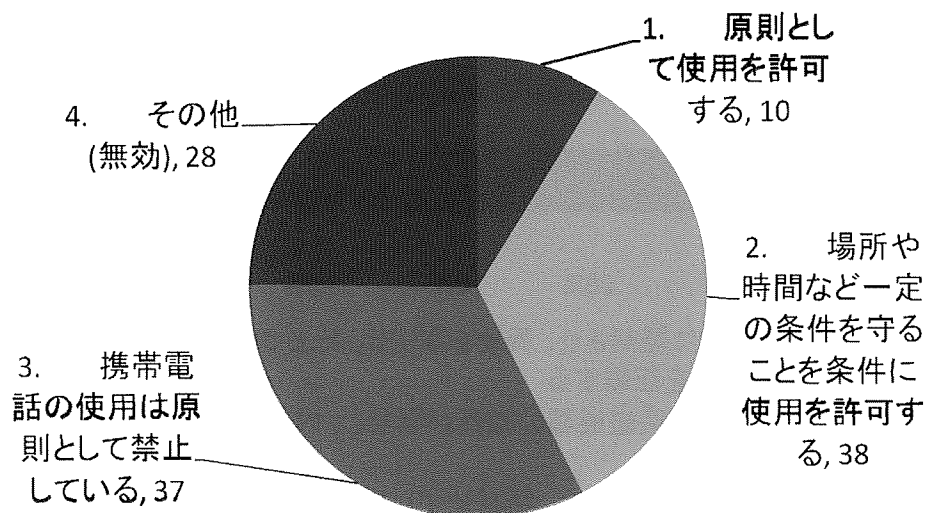


図16 精神医学的に制限する必要のない対象者が携帯電話の使用を希望した場合にはどのように対応されますか？

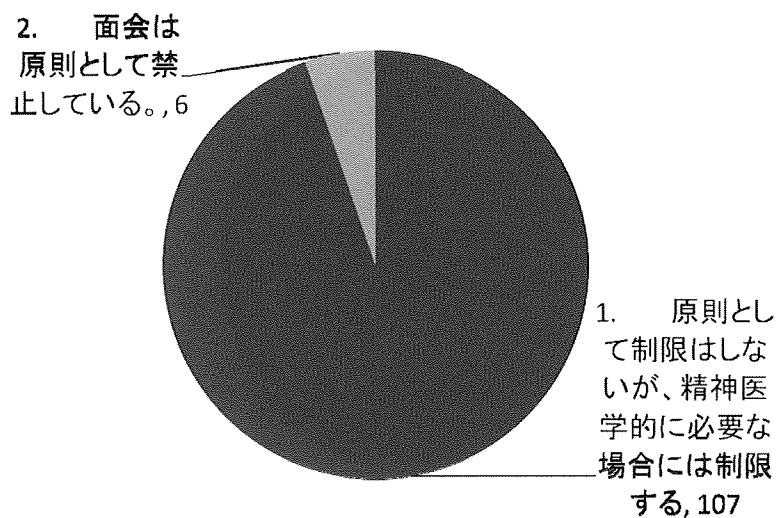


図17 対象者の面会を制限していますか？

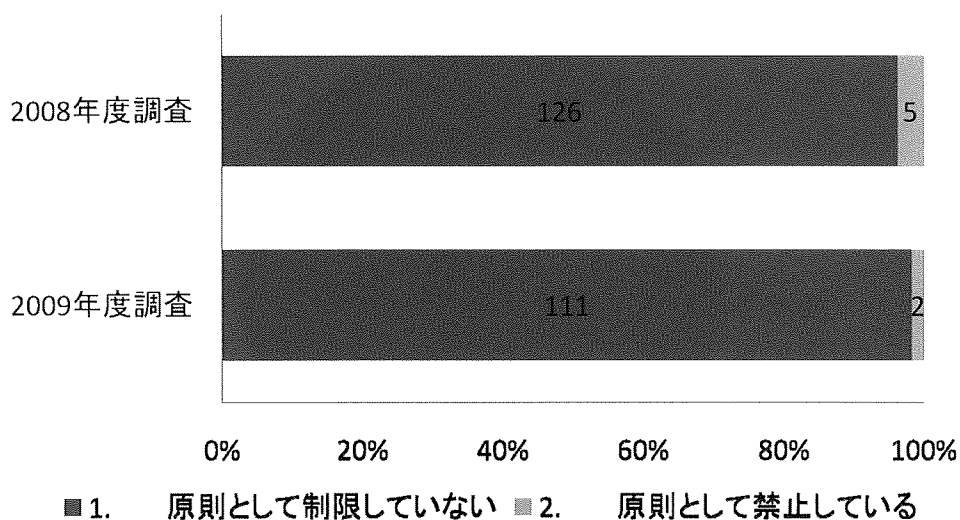


図18 対象者の信書の発受を制限していますか？

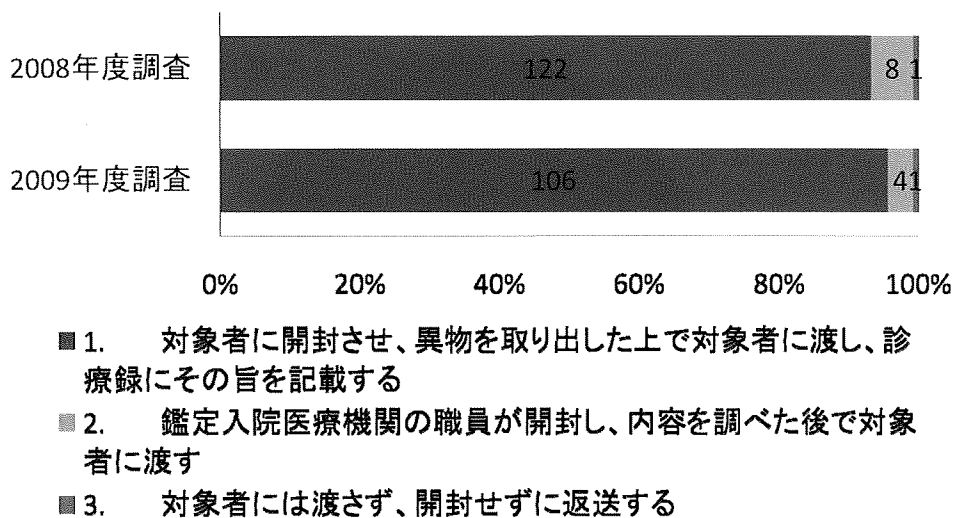


図19 対象者宛の荷物・封筒等に異物が同封されていそうな場合、どのように対応しますか？

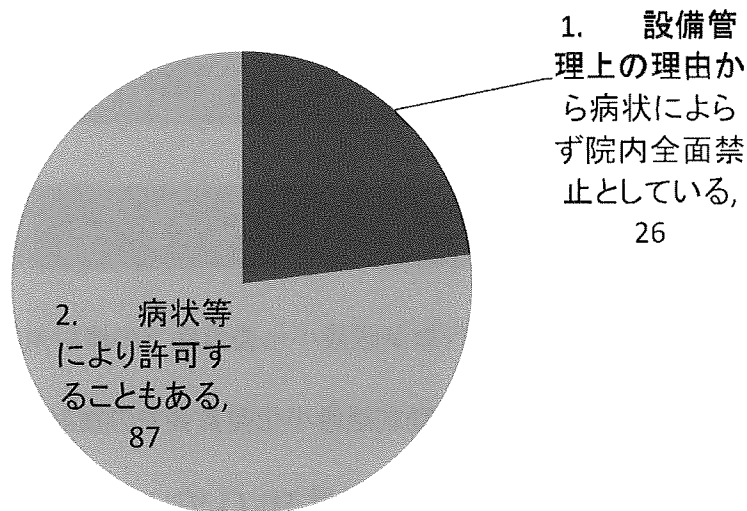


図20 貴院では一般の入院患者の院内での喫煙を許可していますか？

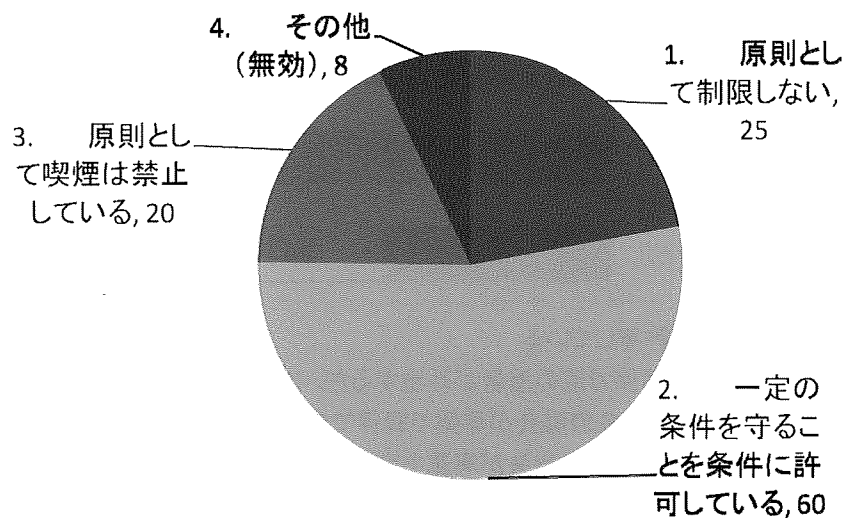


図21 精神状態の安定している対象者が喫煙を希望した場合、どのように対応しますか？

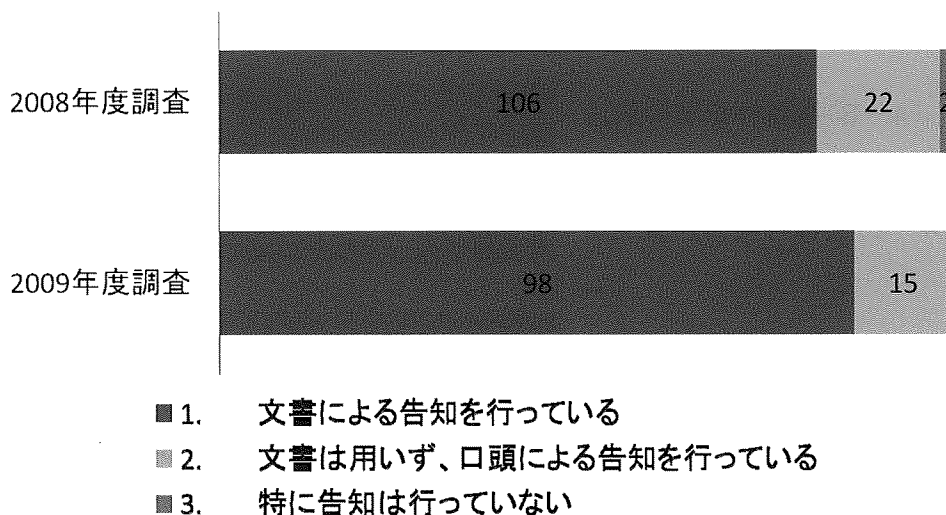
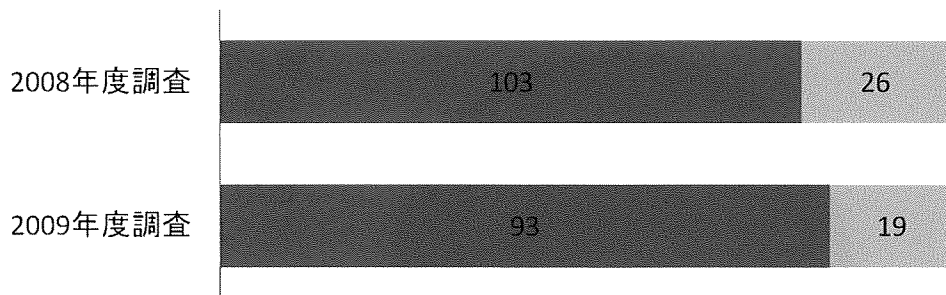
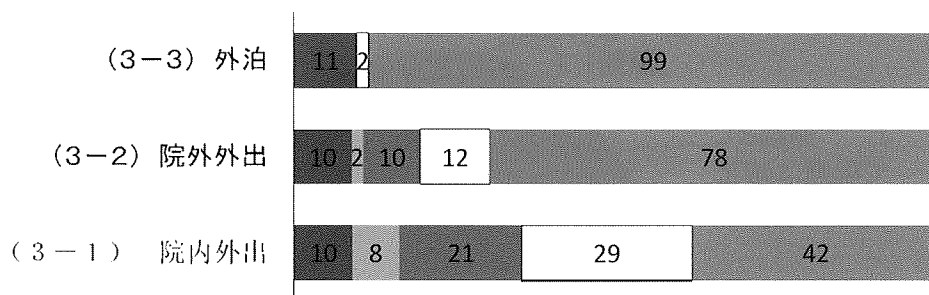


図22 対象者の行動を制限する際に、行動制限を行う旨とその理由について告知を行っていますか？



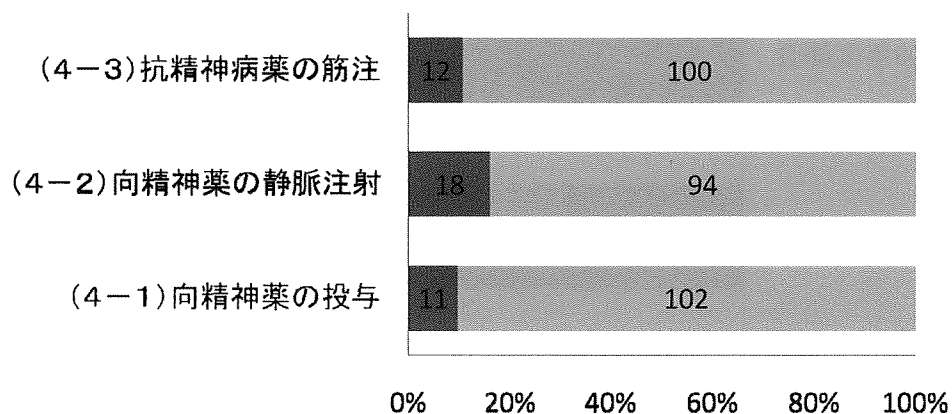
- 1. 対象者についても行動制限最小化委員会での検討対象としている
- 2. 対象者については行動制限最小化委員会での検討対象から除外している
- 3. 行動制限最小化委員会が設置されていない

図23 対象者の行動の制限等について、貴院の行動制限最小委員会の検討の対象としていますか。



- 1. 単独で許可している
- 2. 職員の同伴で他の患者が外出するさいと一緒に許可している
- 3. 対象者に1名の職員が専属で同伴できる場合のみ許可している
- 4. 対象者に複数の職員が専属で同伴できる場合のみ許可している
- 5. 原則として許可していない

図24 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対象者の貴院での外出や外泊に関する方針についてお伺いします。



- 1. 対象者の同意がある場合にのみ行う
- 2. 対象者の同意がない場合であっても、必要な場合には行う

図25 貴院に鑑定入院中の対象者に対する以下の治療についてお伺いします。

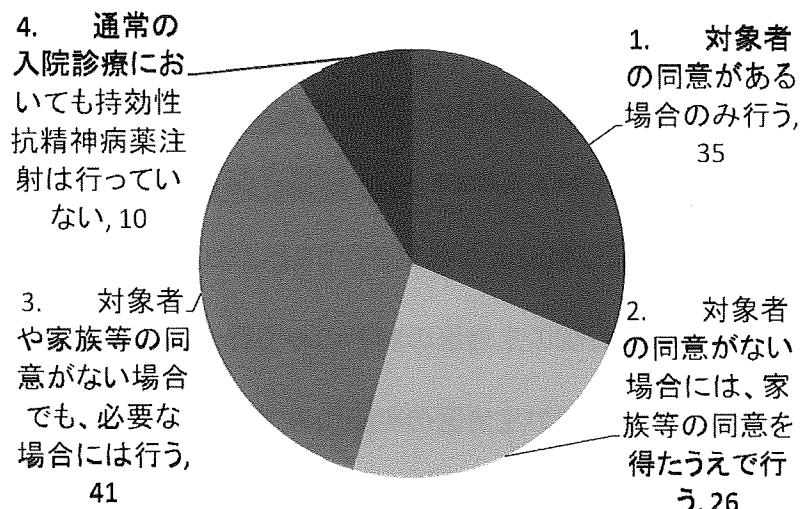


図26 持効性抗精神病薬注射（デポ剤）による治療

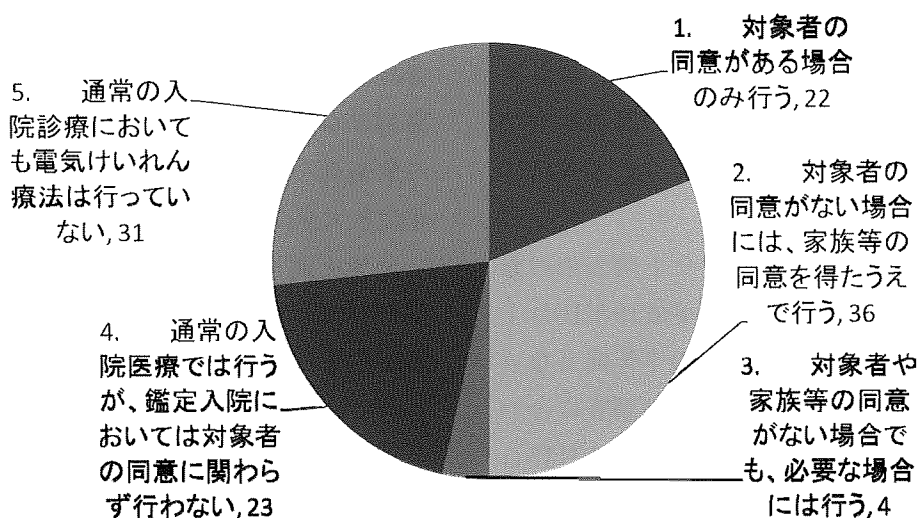
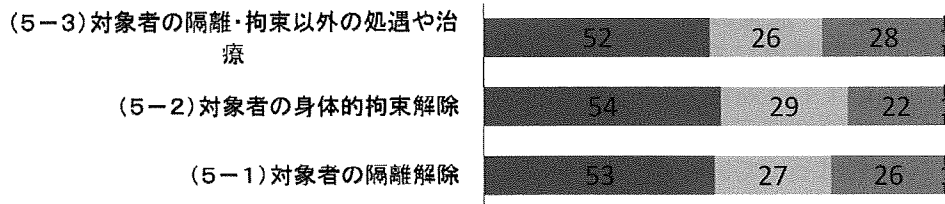


図27 電気けいれん療法



- 1. 病棟医師の判断のみで行う
- 2. 病棟医師の判断だけでなく、鑑定医とも事前に必要性を検討したうえで行う
- 3. 病棟医師の判断だけでなく、病院全体で事前に必要性を検討したうえで行う
- 4. 病棟医師の判断のみで行うが、事後に鑑定医と治療の妥当性について検討する。

図28 (4-4)又は(4-6)で②③を選択された方にお伺いします。治療の必要性についてはどのような方針で対応されていますか？



- 1. 他院所属の鑑定医が鑑定を行うことはない
- 2. 判断は、貴院の主治医の判断のみで行っている
- 3. 判断は、貴院の主治医の判断のみでなく、鑑定医とも相談・報告しながら行っている
- 4. 判断は他院所属の鑑定医が行っている

図29 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についてお伺いします。

昨年度まで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指定入院医療機関の運用状況について考察する。

なお、昨年度まで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年間となっていたが、本年度は中島班の他の調査に合わせ、平成20年10月1日から平成21年7月15日までとなっている。

(1) 倫理会議の運用状況

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ポ剤の使用に関する審査は、昨年度が7病院、14回、13名であったのに対し、今年度は7病院、13回、9名と大きな変化はなかった。また、対象者の同意の得られない向精神薬の非経口投与の事前審査は、昨年度が4病院、5回、5名であったのに対して、本年度は2病院、6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名であったのに対して、本年度は、注射による強制投薬

が4病院、36回、12名、非同意の経口投与が3病院、6回、5名であり、強制栄養投与の事例はなかった。調査対象期間の差異や調査対象病棟や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と考えられる。

全体を通して、対象者の同意によらない医療が行なわれることは少なく、引き続き医療観察法入院医療における倫理意識は高く維持されていると考えられた。

なお、本年度は、電気けいれん療法や行動の制限に関するデータは集計の関係もあり入手できなかった。

(2) 医療観察法病棟における処遇について

処遇改善請求は、3病院で10件であった。1件を除きすべて地方厚生局の段階で却下されていた。請求内容が精神症状の影響による非現実的な内容や解釈である場合もあり得るが、社会保障審議会の調査・審議対象とするか否かについて事実上、地方厚生局の段階で決定されている現状については、人権擁護上の問題が潜在していない可能性はないとはいえず、今後、詳細な検討が必要と思われる。

喫煙の問題を理由とした処遇改善請求が散見されるが、喫煙や携帯電話の使用許可状況には施設間での差が認められている。医療観察法病棟間で転院を経験する対象者も多く、

喫煙・携帯電話の使用に限らず、生活面での処遇に施設間で差異があることは適切とはいえない。特に、喫煙に関しては、健康増進法の施行もあり、全国的に分煙・全面禁煙の方向にある。特に病院などの医療機関では敷地内全面禁煙とする施設も多い。今後、こうした社会一般の動向も踏まえ、統一的な対応方針を検討していく必要がある。

(3) 退院許可等の審判について

申し立てから審判期日までの期間については、病院側から申し立てた場合と対象者側から申し立てた場合とにおいて、差は認められず、裁判所は申し立てに対し一定の運用を行なっていることがわかる。

審判の過程で、審判期日自体が開催されずに退院許可等の決定がなされる事例がごくまれにはあるが存在することが指摘されている。医療観察法による医療の従来の精神科医療にない特徴は対象者の処遇決定に裁判所という司法機関が関与することである。審判期日を開催し、そこに対象者を参加させることは、司法の関与という医療観察法の特徴を、対象者に強く認識させる効果があると考えられる。特に退院許可の決定を経て地域処遇に移行する対象者の場合、審判の場で地域処遇移行後の通院医療の継続や精神保健観察における処遇計画について再確認され、その遵守を促されることは、地域処遇移行後の医療の継続をより確実なものとすると思われる。したがって、可能なかぎり、審判期日を開催し、そこに対象者を参加させるべきである。

審判の開催場所に関しては、3/4が裁判所、1/4が病院であった。なかには、全ての審判期日を病院で開催したと回答した病院もみられた。審判の開催場所の決定は、事例の性質にもより、また病棟と裁判所との地理的關係や日常の連携状況などにもよるところがあると思われる、一律にその優劣を決めることは必ずしも適切とはいえない。しかし、対象

者に前述のような司法の関与を明確に意識させるという意味では、入院している病棟で行うよりは、裁判所で行う方が、その効果はより高いと考えられる。したがって、一律に病院で行うというような運用がなされているとすれば、それは適切とはいえないのではなかろうか。

(4) 特定病床・特定医療機関に関して

平成20年8月1日の厚生労働省令によって導入された特定病床・特定医療機関は、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。

本年度の調査結果を見ると、7月15日時点で特定病床・特定医療機関の利用は平均1～2人と減少してきていることがわかる。特定病床は指定入院医療機関と同一施設あるいは同敷地内であるが、特定医療施設は指定入院医療機関とは別の病院であるため、治療契約、治療内容の取り決めについては、人的、地理的要因から自ずと差が生じていると考えられた。

今回の調査では、特定病床・特定医療施設に入院中の対象者からの抗告が9件行われていた。抗告は、対象者の人権擁護のための重要な手続きであるが、期限内に手続きを進めるためには、特定医療施設の医療者側にも医療観察法の手続きに関する十分な知識・理解が必要である。しかし、特定医療施設の導入にあたり、抗告に関する情報の提供や研修が行われたわけではなく、現状では、専ら委託先の特定医療機関の努力に委ねられている。一方、指定入院医療機関側には、遠隔地の対象者に直接説明に行く時間的な負担や、面識のない対象者の処遇の責任を負うという心理的負担が生じている。

治療、処遇の取り決めにおける差が生じていること、またそれらを解消するには相応の時間や人的資源が必要であることを考えれば、あくまで本制度は指定入院医療機関の充足が図られるまでの過渡的措置である。特定病床・特定医療機関の存在は、医療観察法による医療の根幹を揺るがしかねない問題を有している。最近、指定入院医療機関の整備にもある程度目途がたったとのことであり、早急に廃止されるべきである。

(5) アドボカシーサービス

現在、実際にアドボカシーサービスが提供されている病院は少ないが、医療観察法病棟に勤務する精神科医の意見からは、法律家の意見を参考に透明性の確保された医療を行いたいという意見は多く、アドボカシーサービスに対する潜在的ニーズは高いといえる。今後、アドボカシーサービスの位置づけやそれに対する予算処置の必要性などについて、欧米諸国の状況も参照しつつ、検討を進める必要がある。

(6) 倫理会議のあり方に関して

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

昨年度までの調査では、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た。今年度も参加不要という回答はなく、外部の精神科医に対象者の直接面接を望む意見も多かった。本結果からは、医療観察法病棟の医師は倫理会議に一層、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しているもの推測される。

②倫理会議の開催頻度

現行のガイドライン通りに月2回倫理会議を開催している病院は、昨年は3病院、今年度も5病院に過ぎなかった。医療観察法病棟担当医に対して倫理会議のあり方等を尋ねた個別の設問では、昨年同様、定期的な開催が必要という意見が多いながら、議題の無い

ときにも開催するか否かについては意見が統一されていなかった。定期的な開催については、月1回という回答が殆どであった。また、病棟の規模により開催頻度に差をつけるべきかに関しては、議題の発件数より医療観察法の医療内容や意識を高い水準で保つことを重視した結果、差をつけるべきではないとした回答が76%（16人/21人）であった。これらをまとめると、倫理会議は、病棟の規模によらず少なくとも月に1回の定期的な開催が望ましいといえる。よって、月に2回と規定されているガイドラインは見直される必要があると考えられる。

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、デポ剤（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ポ剤も一般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それらの適応が無条件に制限されることは、逆に対象者の医療を受ける権利を阻害することにもなる。

しかし、電気けいれん療法に関しては、有害事象発生時の結果の重大性や濫用されていた歴史的経緯、手技が当事者や社会一般に与える印象などの問題から、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、医療観察法病棟に潤沢な人的、環境資源が用意されていることを考えれば、より厳格な適用が求

められよう。

今年度は電気けいれん療法に関する倫理会議における審査実績についてはデータが得られていないが、医療観察法病棟に勤務する精神科医の意見からは、必要性・妥当性の判断については、治療チームのみではなく、外部の医師の意見を入れるべきというセカンドオピニオンを希求する傾向が強く認められた。医療観察法病棟医師の倫理意識の表れと考えられる。

デポ剤に関しては、経口薬物や注射製剤に比べ薬物が体内に残存する時間が長いため、副作用発生時の身体的影響を懸念してガイドラインで事前審査の対象に挙げられたものと思われる。一方で、デポ剤は抗精神病薬の飲み忘れによる再燃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現行ガイドラインに対する意見は、現状維持が16人（76%）であり、昨年同様、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、いずれも一般的な精神科医療で既に広く行なわれているものであり、特別視する必要性が低いというものであった。

デポ剤の薬剤の特徴を考えれば、倫理会議における事前審査を待ついとまもないほど使用に緊急性のある状態はあまり想定できない。また、対象者の早期退院に有益と治療チームが判断した場合でも、実質的に拘束力の弱い指定通院医療機関においてデポ剤を継続して使用できるかについては疑問がある。さらに、本人の同意や自発的選択を最大限促すという医療者の意識が高まっている。

したがって、このような状況でもなお対象者の同意の得られず、かつ必要性があると思われるデポ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

妥当であろう。

II. 鑑定入院医療機関に対するアンケート

鑑定入院医療機関向けのアンケート調査は本年度が初めてであり、また回収率も51.6%にとどまっている。しかし、調査票を送付した鑑定入院医療機関には鑑定入院の受け入れ実績の全くない病院も含まれており、また、対象者の処遇方針などの策定は実際に受け入れられる事例が生じて考えるという病院も多いと思われる。したがって、実際に対象者の処遇方針が定まっている鑑定入院医療機関のなかでの回収率はもう少し高いものと思われる。なお、調査項目の一部は平成20年度に行われた厚生労働科学研究「鑑定入院における医療的観察に関する研究」班（研究分担者：平田豊明）の行った調査と内容が重複しているため、そうして項目に関しては比較検討したうえで考察を加えた。

（1）鑑定入院対象者への説明

今回の調査結果からは、対象者に対する鑑定入院制度の告知と確認の手続きは、鑑定入院医療機関において未だ一般化されていないと考えられる。鑑定入院医療機関は法律上対象者を収容するだけであり制度の説明は命令権者である裁判所その他関係機関が別途行うべきであるという意見もあるが、実際に対象者を処遇している主体である鑑定入院医療機関がその処遇の理由を対象者に説明してしないというのは、やはり道義的に問題があるものと思われる。

なお、平成20年度の先行研究に比べて、今回の調査では厚生労働科学研究班によるモデル文書を用いた説明を行っているとする施設の割合が下がっており、全体として説明を行っていると回答した施設の割合も減少している。この理由は不明であるが、平成20年度に比べてアンケートの回収率が悪かったことが影響している可能性もあろう。

(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いう回答している。この比率は平成20年度とまったく変化がない。鑑定入院の対象者は重大な他害行為を行って間もない時点での入院になることが多く、したがって精神症状が強いために比較的強度の行動制限を必要とすることが実務上はしばしばあるものと思われるが、そのことは方針として一律に鑑定入院対象者に強度の行動制限をすべき方針を採ることを正当化しない。

鑑定入院の対象者であることのみを理由として通常の診療よりも強度の行動制限を必要とすべき根拠はない。この点については今後も啓発が必要であろう。

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。鑑定入院中の処遇については法令上の根拠はないものの厚生労働省通知において精神保健福祉法と同様の手順によることとの見解が示されていることに鑑みれば、それは当然であろう。

調査結果から、鑑定入院医療機関においては、身体拘束については概ね一般入院精神医療と同様の考え方で処遇を行っているが、隔離についてはより積極的に適応を検討していることがわかる。その原因は複数推定されるが、身体拘束に関しては患者に与える肉体的、精神的苦痛はもとより、肺血栓塞栓症等の重大な合併症をきたすおそれも懸念されるため、その適応には極めて慎重を要するというコンセンサスが鑑定入院対象者においても成立しているのに対し、隔離に関しては、行動制限の一部としてよりもむしろ鑑定入院中の対象者を他の一般の入院患者と接触させないための手段として考えられる傾向があるのかもしれない。また、隔離中の対象者を処遇することに対して裁判所が鑑定入院医療機関

に特別の費用を支弁していることも、何らかの影響を与えている可能性がある。自由記載においては、鑑定入院対象者は全期間隔離が当然という思い込みがあるとの記述もあった。また、鑑定入院当初一週間程度の処遇のみを担当し改めて他の施設に鑑定入院先を変更するという扱いを取っており、その際には対象者の病状評価が十分にできないため全期間中隔離とせざるを得ないという施設も数カ所存在する。

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。喫煙については、被収容者である患者から喫煙権を取り上げるべき根拠はないとする肯定的意見と、本来健康を損ねる行為であり病院において制限を設けるのは必然とする否定的意見の相克がある。さらに、近年ではニコチンが向精神薬の血中濃度を下げるという報告やニコチンが統合失調症患者の認知機能障害を改善するという報告もあり、問題を複雑にしている。

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文書による告知を行っているという回答の割合は、統計学的有意差はないものの平成20年度よりも若干増加しており、鑑定入院中の行動制限に関する文書告知は徐々に浸透している可能性がある。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という回答の割合も若干増加傾向にあるようである。

(3) 対象者の外出泊について

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対象者について外出泊を許可するか否かについて尋ねた設問の回答では、約1割の施設が外出泊を許可すると回答していた。対象者を在院させる旨地方裁判所から命令されている鑑定入院医療機関において単独での外出泊がなぜ成立しているのかは不明である。

なお、自由記載として、病状の安定している対象者に一切外出泊を認めないのは不合理ではないかという意見もみられた。特に、裁判もしくは措置入院を経た場合など、対象行為から申立てまでに相当の期間が経過している事例では、対象者の病状が当初とはかなり異なっている可能性が考えられる。こうした事例に対する鑑定入院のあり方についても今後検討が必要と思われる。

(4) 電気けいれん療法・デポ剤の使用方針

電気けいれん療法など一部の特殊な治療の取り扱いに関する対象者の同意の有無や、非同意治療を行うに当たっての手続き等について問うている。

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。対象者が精神障害に罹患しているがゆえに治療の必要性を理解できない場合もありうること、また鑑定に当たり対象者の治療反応性を見定めるためには実際に治療を行ってみる必要があることを勧案すると、対象者が拒否した際にはいかなる治療も行わないというのは現実的ではないしまた倫理的妥当性を欠くと考えられる。他方、鑑定入院は対象者に対してその同意に基づかない収容を命令する仕組みであり、鑑定入院中に非同意治療が乱用されれば重大な問題を及ぼすことになりかねない。実際に個々の治療行為についてどこまで対象者に説明を行いその同意を求めるとのかについても、施設側に判断を求められているのが現状である。

鑑定入院中においては、デポ剤の治療は持続的な有害事象を生ずる可能性がありまたそもそも入院中であるためあえてデポ剤を使用する必然性に乏しいという理由により、対象者が以前デポ剤の投与を受け良好な経過をたどっていた等の理由がない限りその使用は避けるべきとされている。また、電気けいれん療法については、健忘の副作用により鑑定に

支障をきたすおそれがあることから、その適応は薬物療法の無効な緊張病状態や希死念慮が切迫している場合などに限定されるべきであるとされている。

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が、この際の必要な場合というのがいかなる場合を意味するのか今後検討が必要であろう。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。この点では一般精神科臨床と同様に取り扱っている施設が多いのかもしれない。

(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

対象者の鑑定に当たってはその言動を観察することが不可欠であり、特に対象者の対人関係技能を見定めるためにはある程度対象者の行動制限を緩和することが必要であり、その判断を鑑定医と鑑定入院医療機関の医師のいずれが行うかが問題となる。鑑定医の指示に従い行動制限を緩和した結果として対象者が不穏になることがあると鑑定入院医療機関はその処遇に難渋することになるし、逆に不穏を恐れた鑑定入院医療機関が対象者に強固な行動制限を続けると鑑定の正確性を損ねることになりかねない。したがって鑑定医と鑑定入院医療機関がよく連携してその処遇を検討することが必要となる。

他院所属の鑑定医が鑑定を行う施設では、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ていた。自由記載の「鑑定医による面接回数が少なく時間外での面接もあるため苦慮しているという記述」なども考慮すると、他院所属の鑑定医と鑑定入院医療機関との間にコミュニケーション不全が生じている可能性が示唆される。

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を開催すること、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電気けいれん療法やデポ剤の投与については概ね鑑定医との相談の上で行われている。⑦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。

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

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

平成 21 年度 厚生労働科学研究費（こころの健康科学研究事業）
「医療観察法の運用における人権擁護に関する研究」

【記入上のお願い】

- 貴病棟における以下の設問にお答えください。
- 選択肢のある設問に関しては、あてはまる番号を一つ選び、()内に○をつけ、必要に応じて括弧内にご記入ください。
- どの番号にもあてはまらない場合でも最も近いものを選び、全ての質問にご回答ください。
- 質問の最初に【複数回答】と書いてある設問は、あてはまる番号の全ての()に○をつけてください。
- 自由記載の設問については、分量は問いませんのでご自由にお書きください。

I. 平成 20 年 10 月 1 日より平成 21 年 9 月 30 日までの倫理会議の審査実績についてお答えください。

(1) 開催頻度 月に _____ 回

(2) 実開催回数 _____ 回

(3) 倫理会議において、事前評価が行われた同意のない治療について、以下の表にご記入ください。

	審議回数 (回)	審査対象者数 (人: のべ人数)	倫理会議の評価結果 (件)		
			承認	継続審議	不承認
デボ剤の使用					
上記以外の向精神薬の 非経口投与					

(4) 倫理会議における事後評価について、以下の表に該当件数をご記入ください。

	審議		評価結果	
	回数	対象者数	承認	意見あり
麻酔薬による鎮静				
強制投薬（注射による）				

非同意の経口投薬				
強制栄養				
通信の制限				
面会の制限				

(5) 倫理会議の運営方法について、平成20年10月1日以降に変更があった点がありますか。当てはまる方に○をご記入ください。

- () ① あり
() ② なし

(6) (5) でありと回答された方に伺います。具体的にはどのような変更でしょうか。また、変更を行った理由はどのようなものでしょうか。おさしつかえのない範囲で以下にご記入ください。

II. 平成20年10月1日から平成21年9月30日までの処遇改善請求に関して伺います。

(1) 上記の期間に、地方厚生局等より、処遇改善請求を行った対象者に関する問い合わせはありましたか。当てはまる方に○をご記入ください。

- () ① あった
() ② なかった

以下(2)～(5)の設問は、(1)で①あったと回答された方のみお答えください。

(2) 問い合わせの対象となった対象者は何名でしょうか。
のべ()名 実人数()名

(3) 地方厚生局での処遇改善請求の取り扱いについてお答えください。

却下	のべ()名	実人数()名
改善指導	のべ()名	実人数()名
社会保障審議会へ	のべ()名	実人数()名

(4) 社会保障審議会医療観察法部会で審査の対象とされた事例の審査結果はどのようなものでしたか。

- 1) 処遇は適当と認める () 件
 2) 処遇は不適當と認める () 件
 3) 次回への継続審査 () 件

(5) 処遇改善請求について医療観察法部会で審査が行われた事例に関して、おさしつかえのない範囲で具体的な処遇改善請求の内容についてお書きください。

Ⅲ. 平成20年10月1日から平成21年9月30日までの退院許可等の申立てについて伺います。

(1) 退院許可等の申立てが行われた事例は、何例ですか。

申立者	のべ人数	実人数
病院側（貴院の管理者）	名	名
対象者側（貴院の管理者以外）	名	名

(2) 対象者側（貴院の管理者以外）からの退院許可等の申立者の人数をお教えてください。

対象者本人 のべ () 名 実人数 () 名
 保護者 のべ () 名 実人数 () 名
 付添人 のべ () 名 実人数 () 名

(3) 退院許可等の申立てに対する裁判所の審判の過程（審判期日以外に）で、裁判官や精神保健審判員が貴病棟を訪問して対象者と直接面接することはありましたか。

あった のべ () 名 実人数 () 名
 なかった のべ () 名 実人数 () 名

(4) 平成20年10月1日から平成21年9月30日までに裁判所の決定の出た退院許可等の申立ての審判結果について、下の表にご記入ください。

申立者	却下（入院継続）		容認 （退院許可）	容認 （医療終了）
	のべ人数	実人数		
病院側（貴院の管理者）	名	名	件	件
対象者側（貴院の管理者以外）	名	名	件	件

(5) 平成20年10月1日から平成21年9月30日までに裁判所の決定の出た退院許可等の申立事例について、申立てから決定がなされるまでの期間について、下の表に該当件数をご記入ください。

申立者	1ヶ月以内	3ヶ月以内	6ヶ月以内	6ヶ月以上
病院側（貴院の管理者）				
対象者側（貴院の管理者以外）				

(6) 平成20年10月1日から平成21年9月30日までに裁判所の決定の出た退院許可等の申立事例の審判期日の開催場所について、お教えてください。

裁判所 () 件

病院 () 件

IV. 貴病棟における対象者の喫煙・携帯電話の取り扱いについてお伺いします。

(1) 喫煙の取り扱いについてあてはまる番号を1つ選び、() の中に○を付けてください。

() ① 病院の敷地内全部が禁煙となっている

() ② 病棟内に喫煙室はないが、院内外出などのさいに喫煙可能な場所で喫煙をすることができる

() ③ 病棟内に喫煙室があり、そこで喫煙ができる

() ④ その他 ()

(2) 対象者の喫煙の希望に関して、倫理会議で検討されたことがありますか。

- () ① あり⇒ () 回、() 人
 () ② なし

(3) 携帯電話の使用についてあてはまる番号を1つ選び、() の中に○を付けてください。

- () ① 入院中は全面的に使用禁止である
 () ② 病棟内は使用禁止だが、院内散歩時に使用できる
 () ③ 病棟内でも必要に応じ使用できる
 () ④ その他 ()

V. 貴院の医学的観察下にあるが、特定病床や特定医療機関に在院している対象者についてお伺いします。

(1) 平成20年10月1日から平成21年9月30日までの期間に、特定病床や特定医療機関に在院した経験をもつ対象者について、以下の表にご記入ください。

	特定病床 (名)		特定医療機関 (名)	
	男	女	男	女
1 項				
2 項				

(2) 平成21年9月30日現在、特定病床や特定医療機関に在院中の対象者について、以下の表にご記入ください。

	特定病床 (名)		特定医療機関 (名)	
	男	女	男	女
1 項				
2 項				

(3) 平成20年10月1日から平成21年9月30日までの期間に、特定医療機関および特定病床に在院する対象者からなされた処遇改善請求および抗告について、以下の表に件数をご記入ください。

	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）				
特定医療機関（2項）				
特定病床（1項）				
特定病床（2項）				

以下、(4)～(9)：特定医療機関について、(10)～(13)：特定病床についてお伺いします。

(4)【複数回答】特定医療機関に在院中の対象者に対する、治療方法等に関して、対象者が在院中の特定医療機関の医療従事者との間の取り決めについて、以下の選択肢のうちあてはまるものを全て選び、()に○をご記入ください。

- () ① 契約書を取り交わしている
- () ② 契約書ではないが、書面を取り交わしている
- () ③ 貴病棟から特定医療機関の電子カルテにアクセスできるようにしている
- () ④ 病棟職員が定期的に訪問して、口頭で取り決めている
- () ⑤ メール・電話のやり取りで取り決めている
- () ⑥ その他 ()

(5)【複数回答】特定医療機関に在院中の対象者に対する医療観察法に関する説明や治療契約はどのようにされていますか。以下の選択肢のうちあてはまるものを全て選び、○をつけてください。

- () ① 貴病棟の職員が特定医療機関に赴き、対象者に直接面接して行っている
- () ② 特定医療機関の職員に全面的に委託している
- () ③ 貴病棟から対象者に書類等を送って特定医療機関の職員に委託している
- () ④ その他 ()

(6) 特定医療機関に在院中の対象者について、倫理会議の審査対象とされている事態が生じた場合には、どのように対応されていますか。以下の選択肢のうちあてはまるものを1つ選び、()に○をご記入ください。

- () ① 貴病棟の倫理会議のみに諮っている

- ② 特定医療機関の倫理会議のみに諮っている
- ③ 貴病棟の倫理会議および特定医療機関の倫理会議に諮っている
- ④ 倫理会議には諮っていない
- ⑤ その他 ()

(7) 特定医療機関に1項で在院中の対象者の外出・外泊時の対応についてはどのようにされていますか。あてはまるものを1つ選び、()に○をご記入ください。

- ① 全て貴病棟（指定入院医療機関）が判断している
- ② 特定医療機関が判断し、その結果を貴病棟に伝えている
- ③ 特定医療機関が独自で判断している（貴病棟には伝えられていない）
- ④ その他 ()

(8) 特定医療機関に2項で在院中の対象者の外出・外泊時の対応についてはどのようにされていますか。あてはまるものを1つ選び、()に○をつけてください。

- ① 全て貴病棟（指定入院医療機関）が判断している
- ② 特定医療機関が判断し、その結果を貴病棟に伝えている
- ③ 特定医療機関が独自で判断している（貴病棟には伝えられていない）
- ④ その他 ()

(9) 特定医療機関在院中の対象者の処遇に関して、問題が生じた事例があれば、お差支えのない範囲で、以下にお書きください。

(10) 【複数回答】 特定病床に在院中の対象者に対する説明や治療への同意はどのようにされていますか。あてはまるものを全て選び、()に○をつけてください。

- ① 貴病棟の職員が特定病床に赴き、対象者に直接面接して行っている
- ② 特定病床の職員に全面的に委託している
- ③ その他 ()

(11) 特定病床に在院中の対象者について、倫理会議の審査対象とされている事態が生じた場合には、どのように対応されていますか。あてはまるものを1つ選び、()に○をご記入ください。

- ① 医療観察法病棟の倫理会議にのみに諮っている

- () ② 医療観察法病棟の倫理会議には諮らず、他の病院全体の会議に諮っている
- () ③ 医療観察法病棟の倫理会議と病院全体の会議の双方に諮っている
- () ④ 倫理会議には諮っていない
- () ⑤ その他 ()

(12) 特定病床に1項で在院中の対象者の外出・外泊時の対応についてはどのようにされていますか。あてはまるものを1つ選び () に○をつけてください。

- () ① 全て医療観察法病棟で判断している
- () ② 特定病床のスタッフが判断し、その結果を貴病棟に伝えている
- () ③ 特定病床が独自に判断している (貴病棟には伝えられていない)
- () ④ その他 ()

(13) 特定病床に2項で在院中の対象者の外出・外泊時の対応についてはどのようにされていますか。あてはまるものを1つ選び () に○をつけてください。

- () ① 全て医療観察法病棟で判断している
- () ② 特定病床のスタッフが判断し、その結果を貴病棟に伝えている
- () ③ 特定病床が独自に判断している (貴病棟には伝えられていない)
- () ④ その他 ()

VI. アドボカシーサービス

(1) 貴病棟に弁護士等が来棟し、対象者から相談を受けるようなサービスがありますか。あてはまるものを1つ選び () に○をつけてください。

- () ① 定期的に行われている。
- () ② 定期的ではないが行われたことがある。
- () ③ 行われたことはない

以下は、(1) で「① 定期的に行われている」と回答された方のみお答えください。

(2) 【複数回答】 定期的に来棟される方は、どのような方でしょうか。以下の選択肢のうちあてはまるもの全てに○をつけてください。

- () ① 弁護士
- () ② 弁護士ではないが精神障害者の権利擁護に見識のある人
- () ③ 法務局など公的人権擁護機関の職員
- () ④ その他 ()