

差異が大きく今後統一した対応が必要であること、⑥アドボカシーサービスに対するニーズは高いものの定期的に行われている施設は少ないこと、などが明らかになった。

医師に対する個別表の調査結果では、電気けいれん療法、持効性注射剤の使用に関しては、対象者ないし家族の同意を前提とする意見が多く、特に鑑定入院医療機関にいる対象者に関しては、対象者の同意を必須とする意見の比率が高かった。また、電気けいれん療法の適応に関しては、治療チームとは独立した精神科医の判断を必要とする意見が多く見られた。

精神保健福祉士に対する個別表の調査結果からは、ほとんどの指定入院医療機関に権利擁護講座が独立したプログラムとして実施されていること、内容についてはやや施設間差があること、法テラスの内容の認知は十分ではないこと、が明らかになった。

以上をまとめると、指定入院医療機関における対象者の人権擁護のための仕組みはおおむね順調に機能していると思われ、勤務する精神科医の治療行為に関する同意やセカンドオピニオンに関する意識も高いと評価できよう。しかし、アンケートの自由記載欄をみると、医療観察法の対象者であるということだけで公的精神保健福祉機関であっても受入を拒否する施設もあり、入院期間が長期化し、そのことがまた指定入院医療機関の職員のモチベーションに悪影響を与えているよう地域も存在しているようである。これまでの海外の司法精神医療における不祥事の多くが職員のモラルやモチベーションの低下に起因することを考えると、対象者に対する精神保健福祉関係者に存在するいわれのない偏見・誤解を取り除くための活動のあり方についても今後検討していく必要があるだろう。

## 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、重大な他害行為を行い、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、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輕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（すなわち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を受けさせる必要がある者、である。

医療観察法では、従来の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面がある。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大きい医療としての側面も持つ。

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。

## B. 研究方法

### 1) 研究会議の開催

精神保健福祉法制度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22年7月11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22年11月13日

指定入院医療機関向けアンケート調査の進行状況の報告および医療観察法の運用上の法的課題に関する討議。

#### 3. 平成23年2月19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) アンケート調査

本年度は、昨年を引き続き、全国の指定入院医療機関に対するアンケート調査および指定入院医療機関に勤務する医師および精神保健福祉士に向け、個人の倫理的意識を問うためのアンケート調査を行った。

平成21年度と同様に、質問項目の重複を避け、回答する指定入院医療機関の負担を軽減するために、本調査は、厚生労働科学研究「医療観察法における医療の質の向上に関する研

究」（研究代表者 中島豊爾）における他の研究班のアンケート調査と同時に行った。

（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

平成22年8月31日現在に医療観察法病棟を開棟している25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、調査時点で既に医療観察法病棟を開棟していた24病院から回答を得た。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（資料1）、各施設に勤務する精神科医および精神保健福祉士の個人的な意見を尋ねる個別票（資料2、資料3）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隔離・拘束等の行動制限、③処遇改善請求、④退院許可等の申立て、⑤合併症治療のための転送、⑥喫煙・携帯電話使用の状況、⑦アドボカシーサービス、である。

また、回答者個人の意識・考え方を尋ねる医師に対する個別票の調査項目は、①電気けいれん療法（以下、ECT）や持続性抗精神病薬（以下、デポ剤）の使用、非告知投与に関する考え方、②アドボカシーサービス、③法テラス（日本司法支援センター）に関する知識、④専門資格・臨床経験、である。精神保健福祉士に対する個別票の調査項目は、①権利擁護講座の内容、②アドボカシーサービス、③法テラス（日本司法支援センター）に関する知識、④精神保健参与員としての経験、⑤臨床経験、である。

ア) 施設票について

24病院から回答を得たが、このうち3病院は調査対象期間である平成21年7月16日～平成22年7月15日の時点では医療観察法病棟は開棟されていなかったため、施設票調査の対象は21病院である。

(1) 倫理会議の審査実績

平成21年7月16日～平成22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事前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、ガイドラインで示されている通り月2回開催している病院は5病院にすぎず、月1回または1.25回が14病院、月に0.5回が1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、3病院で21回、19名の対象者について行われ、そのうち2件については不承認、1例については審議継続となっていた。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、3病院で9回、4名の対象者について行われていた。

電気けいれん療法に関する審査は、2病院で11回、5名の対象者について行われ、審議継続および不承認となったものがそれぞれ1名認められた。この中には、審査のみが行われ、実際にはその後精神症状の改善が認められたため実施されなかった例も含まれている。

ガイドラインに記載されている強力な麻酔薬による鎮静と具体的に記載はされていない

表1 倫理会議の審査実績（ガイドライン記載の治療行為の事前評価）

施設	開催頻度	開催実績	事前評価														
			デボ剤の使用						非経口投与					電気けいれん療法			
			回数	対象者数	承認	継続審議	不承認	回数	対象者数	承認	継続審議	不承認	回数	対象者数	承認	継続審議	不承認
A	1.25	15	0	0	-	-	-	1	1	1	0	0	8	4	6	1	1
B	1	12	4	4	4	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C	1	12	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D	2	24	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
E	2	22	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
F	1	12	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
G	1	11	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
H	1	21	1	1	1	0	0	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
I	1	24	16	14	16	1	2	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
J	1	12	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K	1	11	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
L	1	12	0	0	-	-	-	2	2	2	0	0	0	0	-	-	-
M	2	12	-	-	-	-	-	6	1	1	0	0	3	1	1	0	0
N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O	1	2	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
P	必要に応じて	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Q	1	12	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
R	1	11	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
S	1	10	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
T	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	2	6	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X	1	5	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
Y	0.5	1	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
合計		249	21	19	21	1	2	9	4	4	0	0	11	5	7	1	1

N、U、W病院は調査期間後に開棟  
T病院は回答なし

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を表2、表3に示した。

麻酔薬による鎮静については、平成21年度は実施例がなかったが、平成22年度は1例認められた。

注射による強制投薬は4病院で55回、14名の対象者について、非同意の経口投与については1回、1名の対象者について審査が行われていた。

隔離による行動制限は、19病院で165回、127名の対象者について、身体拘束は、10病院で28回、18名の対象者について審議されていた。いずれにおいても「意見あり」とされたものはなかった。

強制栄養については1病院で1回審議がされていたが、通信および面会の制限に関する審議はなかった。

(2) 隔離・身体拘束による行動制限

隔離による行動制限は、16病院で59名、125件実施されていた。そのうち、54件、25名の対象者は4週間以上隔離が継続されていた。

身体拘束は、9病院で12名、29件実施されていた。このうち、3名5件は1週間以上拘束が継続されていた。

(3) 処遇改善請求

表4に、平成21年7月16日～平成22年7月15日までの処遇改善請求の状況を示した。

処遇改善請求は、6病院で15件11名の対象者についてあったが、地方厚生局員とのやりとりの中で、対象者自らが請求を取り下げたものが11件8名に認められた。社会保障審議会医療観察法部会の調査・審議対象となったものは4件3名であり、いずれも審議の結果、

表2 倫理会議の審査実績（事後評価）

施設	事後評価																			
	麻酔薬				強制注射				非同意経口投薬				隔離				身体拘束			
	回数	対象者数	承認	意見あり	回数	対象者数	承認	意見あり	回数	対象者数	承認	意見あり	回数	対象者数	承認	意見あり	回数	対象者数	承認	意見あり
A	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	4	3	4	0	0	0	-	-
B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4	4	0	-	-	-	-
C	-	-	-	-	44	4	44	0	-	-	-	-	4	4	4	0	-	-	-	-
D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	48	48	0	4	4	4	0
E	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	24	6	24	0	1	1	1	0
F	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	13	4	13	0	4	4	4	0
G	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	1	1	1	0	0	0	-	-
H	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	2	2	2	0	1	1	1	0
I	1	1	1	0	7	6	7	0	0	0	-	-	13	13	0	0	0	0	-	-
J	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
K	-	-	-	-	3	3	3	0	-	-	-	-	11	21	21	-	3	3	3	0
L	-	-	-	-	1	1	1	0	-	-	-	-	5	5	5	-	-	-	-	-
M	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	1	1	1	0	1	1	1	0
N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	0	0	1	1	0	0
Q	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	43	10	43	0	1	1	1	0
R	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	3	2	3	-	2	1	2	0
S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10	1	10	0	10	1	10	0
T	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	2	0	-	-	-	-
W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	-	-	-	-	-	-
Y	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
合計	1	1	1	0	55	14	55	0	1	1	0	0	165	127	185	0	28	18	27	0

N、U、W病院は調査期間後に開棟  
T病院は回答なし

表3 倫理会議の審査実績（事後評価）

施設	事後評価											
	強制栄養				通信の制限				面会の制限			
	回数	対象者数	承認	意見あり	回数	対象者数	承認	意見あり	回数	対象者数	承認	意見あり
A	1	1	1	0	0	0	-	-	0	0	-	-
B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
F	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
J	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
L	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
P	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Q	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
R	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
S	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
T	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Y	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
合計	1	1	1	0	0	0	-	-	0	0	-	-

N、U、W病院は調査期間後に開棟  
T病院は回答なし

表4 処遇改善請求

施設	処遇改善 請求の有無	問い合わせ		取り下げ		改善指導		社会保障審議会		審査結果			
		件数	人数	件数	人数	件数	人数	件数	人数	適当	不適当	継続	審査中
A	有	11	7	8	5	0	0	3	2	3	0	0	0
B	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D	有	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
E	有	1	1	1	1	-	-	-	-	0	-	-	-
F	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
L	有	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Q	有	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
R	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
S	有	1	1	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-
T	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Y	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
合計		15	11	11	8	0	0	4	3	4	0	0	0

N、U、W病院は調査期間後に開棟  
T病院は回答なし

適当であると判断されていた。

#### (4) 退院許可の申立て

平成21年7月16日から平成22年7月15日までの退院許可等の申立ての状況を表5、表6に示した。未回答の病院を除き、病院側からの申し立ては169件（168名）、対象者側からの申し立ては54件（43名）であった。

裁判所の審判結果は、病院側からの申し立てでは、却下4件（4名）、容認（退院）130件、容認（医療終了）24件であった。これに対して、対象者側からの申し立てでは、却下48件（39名）、容認（退院）8件、容認（医療終了）1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、病院からの申し立てでは2～3ヶ月の事例が131件と最多で、次いで1ヵ月以内が24件、6ヶ月を超える事例が1例認められた。対象者側からの申し立てにおいても、2～3ヶ月の事例が29件と最多で、次いで1ヵ月以内が11件、6ヶ月を超える事例が3例であった。

審判期日の開催場所は、病院が45件（32.8%）、裁判所が92件（67.2%）であり、病院のみで行っている施設が4施設、裁判所のみで行われている施設が9施設、ケースにより病院と裁判所の両方を使用している施設が7施設であった。

審判に付添人が同席したものは4施設6件であった。

表5 退院許可の申し立ておよび審判期間・開催場所等

施設	申立て（病院側）		申立て（対象者側）		審判結果（病院側）				審判結果（対象者側）			
	件数	人数	件数	人数	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	18	18	11	7	2	2	14	0	7	5	1	0
B	17	17	3	3	0	0	17	0	3	3	0	0
C	13	13	1	1	0	0	12	0	1	1	0	0
D	13	13	9	6	0	0	11	2	9	6	0	0
E	10	9	4	3	2	2	9	3	4	3	0	0
F	8	8	0	0	0	0	0	0	-	-	7	1
G	7	7	2	2	0	0	5	2	2	2	0	0
H	12	12	0	0	0	0	9	0	0	0	0	0
I	0	0	4	4	-	-	-	-	3	3	0	0
J	8	8	3	3	0	0	6	2	3	3	0	0
K	7	7	1	1	0	0	7	3	0	0	0	0
L	14	14	4	3	0	0	9	5	4	3	0	0
M	12	12	2	2	0	0	8	3	2	2	0	0
N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
P	2	2	0	0	0	0	1	1	-	-	-	-
Q	15	15	8	6	0	0	16	0	8	6	0	0
R	10	10	0	0	0	0	4	3	-	-	-	-
S	3	3	1	1	0	0	2	0	1	1	0	0
T	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Y	0	0	1	1	-	-	-	-	1	1	0	0
合計	169	168	54	43	4	4	130	24	48	39	8	1

N、U、W病院は調査期間後に開棟  
T病院は回答なし

表6 退院許可の申し立ておよび審判期間・開催場所等

施設	審判期間								審判場所		付添人
	病院側				対象者側				裁判所	病院	
	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	0	13	3	0	0	6	1	1	22	0	0
B	7	10	0	0	0	2	1	0	0	18	1
C	1	12	-	-	1	-	-	-	-	2	0
D	0	13	0	0	1	5	-	1	13	0	0
E	0	14	0	0	4	0	0	0	6	8	0
F	1	7	-	-	-	-	-	-	8	-	0
G	0	7	0	0	0	2	0	0	9	-	1
H	0	8	1	0	0	0	0	0	0	0	0
I	-	-	-	-	-	3	-	1	3	-	1
J	-	8	-	-	-	3	-	-	6	2	2
K	0	8	2	0	0	0	0	0	0	2	0
L	-	13	-	1	-	2	2	-	18	-	0
M	0	8	3	0	1	1	0	0	-	13	0
N	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
O	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0
P	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	0
Q	12	4	0	0	4	4	0	0	0	0	0
R	3	4	0	0	0	0	0	0	2	0	0
S	0	2	0	0	0	1	0	0	2	0	0
T	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
W	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1
合計	24	131	9	1	11	29	5	3	92	45	6

N、U、W病院は調査期間後に開棟  
T病院は回答なし

(5) 身体合併症を有する症例に対する対応について

表7に、医療観察法病棟における身体合併症を有する症例について尋ねた結果を示した。

身体合併症を有する対象者の疾病治療のために他の専門病院等に転院したものは、8件、6病院であった。いずれも、転院の間に医療観察法の処遇は継続され、身体治療にかかった費用は対象者本人が負担していた。

(6) 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(表8)については、敷地内全面禁煙という回答が3病院、院内散歩時などに院内病棟外の喫煙可能な場所で喫煙可能という回答が2病院、病棟内に喫煙室を設置という回答が15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1病院であった。

携帯電話の使用(表9)に関しては、全面使用禁止という回答が11病院、病棟内は使用禁止だが外出・外泊時には使用可という回答が2病院、病棟内は使用禁止で、外出・外泊時に社会復帰訓練で必要な場合に病棟の携帯電話を使用という回答が2病院、病棟内でも使用可という回答が4病院、その他(小規模病棟において検討中)1病院であった。

(7) 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:4、不定期:2)であった。定期的な来棟者は弁護士が5病院、弁護士以外の有識者(NPO職員)が1病院であった(表10)。交通費の負担は6病院から回答があり、病院側が1病院、来棟者側が4病

表7 合併症例に対する対応

施設	合併症による転院数	転院後の処遇		医療費		
		終了	継続	医療観察法	本人負担	その他
A	0	-	-	-	-	-
B	1	0	1	0	1	0
C	0	-	-	-	-	-
D	0	-	-	-	-	-
E	1	0	1	0	1	0
F	2	0	2	0	2	0
G	0	-	-	-	-	-
H	0	-	-	-	-	-
I	2	0	2	0	2	0
J	1	0	1	0	0	1
K	0	-	-	-	-	-
L	0	-	-	-	-	-
M	1	0	1	0	1	0
N	-	-	-	-	-	-
O	0	-	-	-	-	-
P	0	-	-	-	-	-
Q	0	-	-	-	-	-
R	0	-	-	-	-	-
S	0	-	-	-	-	-
T	-	-	-	-	-	-
U	-	-	-	-	-	-
V	0	-	-	-	-	-
W	-	-	-	-	-	-
X	0	-	-	-	-	-
Y	0	-	-	-	-	-
合計	8	0	8	0	6	1

\*精神科病床の入院基本料・食事療養費については当院より転院先へ支払い、合併症の治療費については本人に請求してもらった。

N、U、W病院は調査期間後に開棟

T病院は回答なし

表8 喫煙の取り扱い

敷地内全面禁煙	3
病棟内の喫煙室で喫煙可能	15
病棟内に喫煙室はないが、院内散歩時などに喫煙可能	2
その他	1
合計	21

表9 携帯電話の取り扱い

病棟内で使用可能	4
病棟内は使用禁止、院内散歩時などに使用可能	2
病棟内は禁止、外出・外泊時に病棟の携帯電話を使用	2
全面禁止	11
希望時に病棟外で許可する方向で検討中	1
合計	20

表10 アドボカシーサービスの利用

定期的	4
不定期	2
一度も行われたことはない	15
合計	21

院、対象者の資力により自己負担、が1病院であった。謝礼について支払いのあった病院はなかったが、法テラスによる補助を受けていると回答した病院が1病院あった。

### イ) 個別票 一医師記入用一

国立系施設15施設中、15施設より36人、都道府県立施設10施設中、9施設より24人、合計25施設より63人（平均臨床経験12.3年）の回答を得た。

#### (1) 電気けいれん療法（ECT）について

図1、図2は、精神保健福祉法による入院、

医療観察法鑑定入院医療機関、指定入院医療機関の各入院対象者に対する、ECT施行に関する考え方を尋ねた回答結果である。いずれの入院環境においても、「本人の同意がなければ、保護者・家族の同意を得て行う」という回答が最多であったが、鑑定入院医療機関では、「本人の同意があるときのみ」が同様に最多で、「いかなる場合も電気けいれん療法は行わない」と答えた者も13人と多かった。

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、昨年同様、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

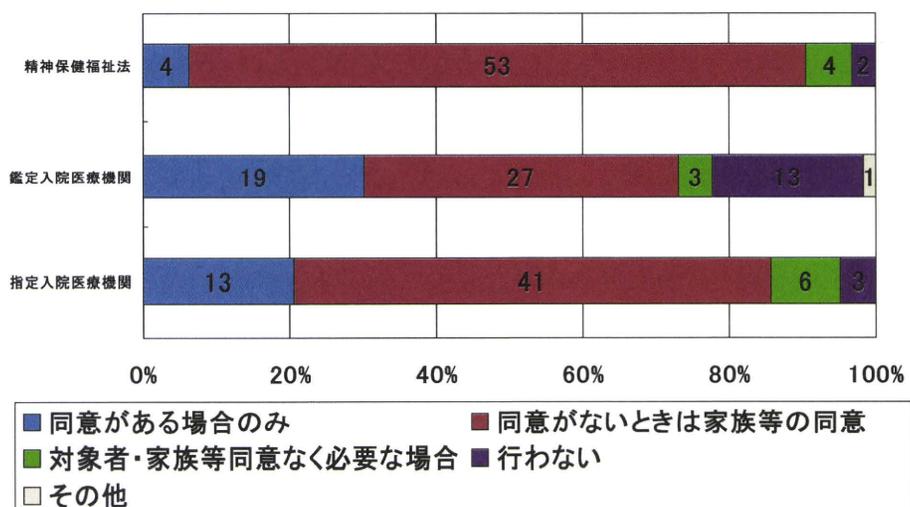


図1 ECT施行の同意

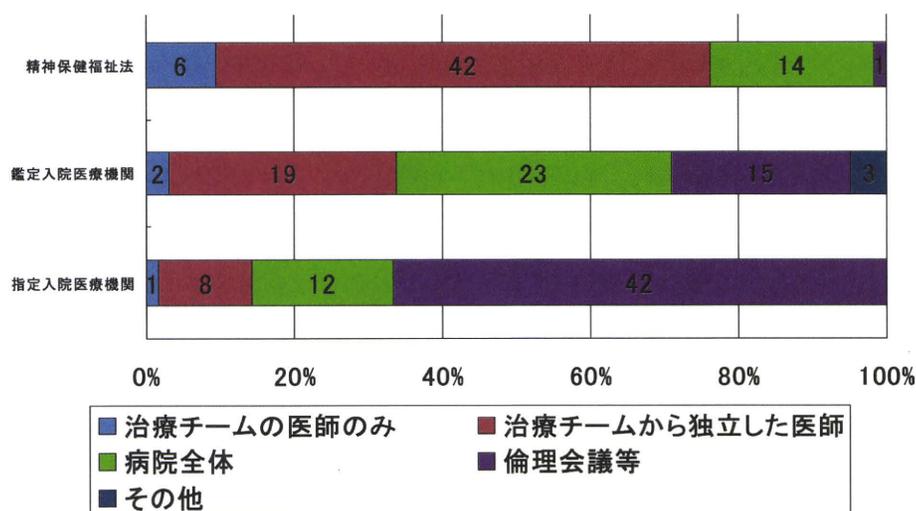


図2 ECT施行の必要性・妥当性の判断

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過半数であった。

## (2) 持効性注射剤（デポ剤）の使用について

図3は、同上3種の入院対象者に対しデポ剤施行についての考え方を尋ねた結果である。

精神保健福祉法による入院では、「本人の同意がなければ、保護者・家族の同意を得て行う」が最多であり、「いかなる状況でもデポ剤は使用しない」と答えたものはいなかったが、

鑑定入院医療機関および指定入院医療機関にいる対象者に対して、「本人の同意があるときのみ」、「本人の同意がなければ、保護者・家族の同意を得て行う」という回答が多かった。鑑定入院医療機関にいる対象者に対しては、「いかなる状況でもデポ剤は使用しない」と回答した者が9人であった。また、指定入院医療機関にいる対象者に対しては、「対象者、家族等の同意がなくとも必要時に行う」という回答が5人であった。

## (3) 抗精神病薬の非告知投与について

図4に、同上3種の入院対象者に対し、抗

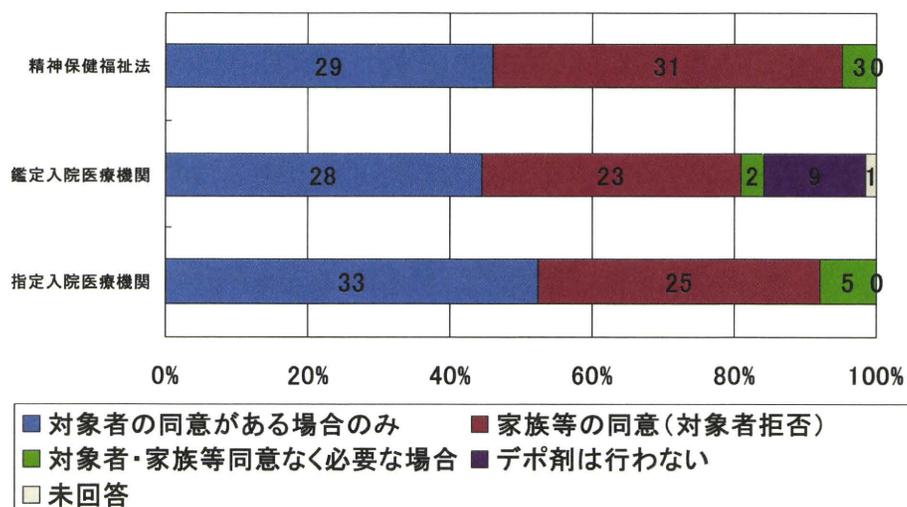


図3 デポ剤施行の同意

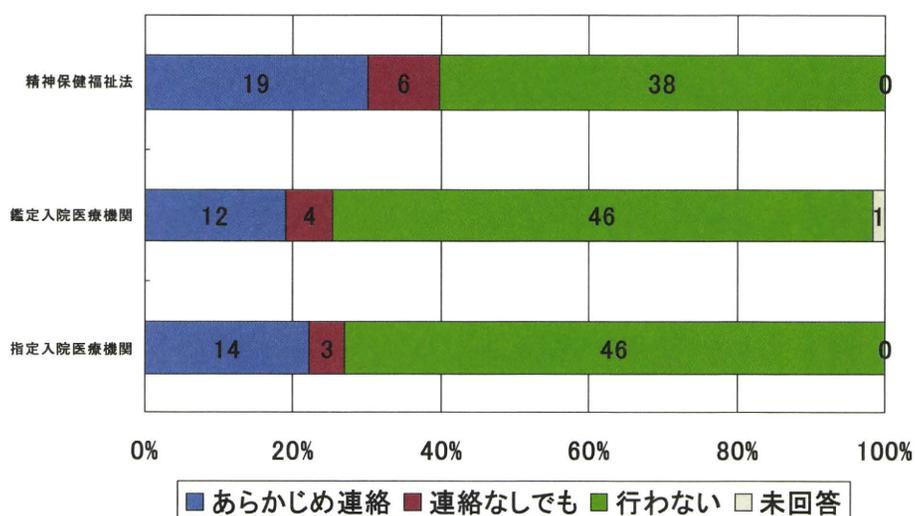


図4 非告知投薬

精神病薬の非告知投与についての考え方を尋ねた結果を示した。いずれの入院対象者に対しても、「いかなる場合でも非告知投与は行わない」という回答が最多であったが、精神保健福祉法では他2者に比べその割合が減り、「保護者・家族にあらかじめ連絡した上で非告知投与を行うことがある」とする回答の割合が増していた。

(4) アドボカシーサービスについて

図5は、アドボカシーサービスに対する考

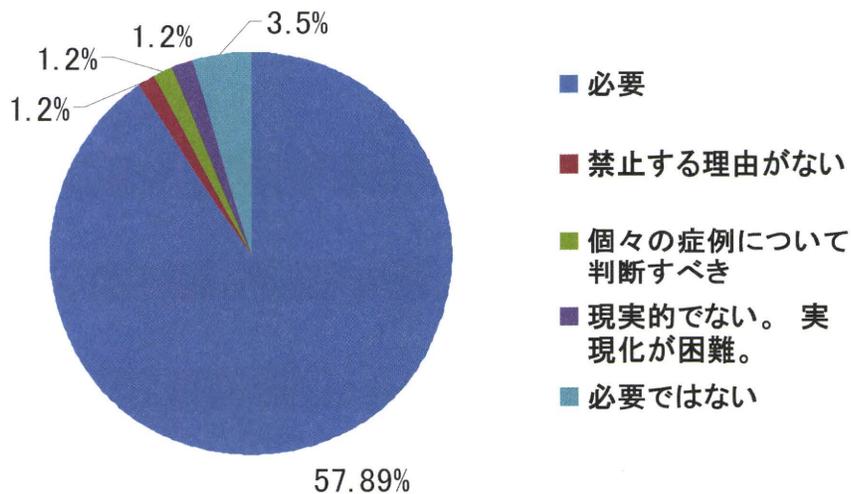
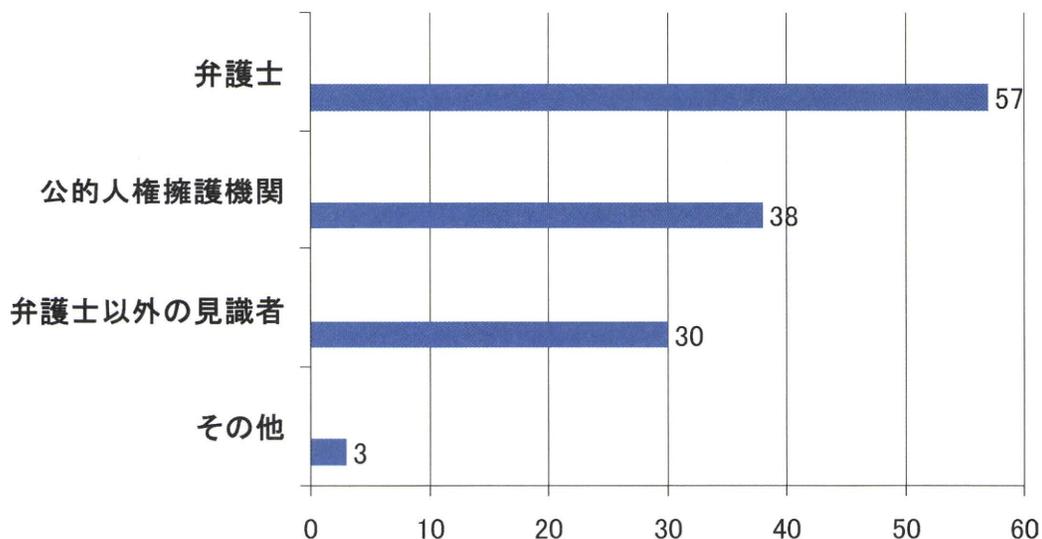


図5 アドボカシーサービス (N=63)



その他:独立した精神科医・PSW (1人)、ピアサポーター (1人)、厚生局職員幹部・厚生労働大臣・法務大臣 (1人)

図6 来棟に適した職種 (N=63)

え方について尋ねた回答結果である。アドボカシーサービスについて、必要という回答は57人 (89%)、禁止する理由がない・個々の症例について判断すべき・現実的でない・実現化が困難という回答が各々1人 (2%)、必要でないという回答が3人 (5%)であった。

図6に来棟に適切と考える職種に関する回答を示した。来棟に適切と考える職種は、弁護士 (55人)、公的人権擁護機関の職員 (36人)、弁護士以外の権利擁護に見識のある人 (28人)であった。

(5) 法テラスに関する知識

図7に、法テラスについて尋ねた結果を示す。法テラスの存在を知っている者は、63人名中52人(82.5%)と多かったが、退院許可等の申立て、精神保健福祉法の退院・処遇改善請求に弁護士が関わること、弁護士の出張業務が行われることについて知っている者は、31～32人とほぼ半数であった。

(6) 医師の資格等について

回答した医師の約8割は、精神保健指定医および日本精神神経学会専門医の資格を有していた。

(7) 自由記載より

個別票(医師記入用)の最後に「医療観察法病棟における医療に関して、ご苦労されている点や懸念されている点などについて」の自由記載を求めた。自由記載された内容からいくつかの意見を以下に示す(詳細は資料4参照)。

「相変わらず杜撰な鑑定がなされていたり、不適当な症例が医療観察法にのってくることがみられています」

「医療観察法ができたことによりこれまで地域が果たしてきた役割を放棄させる結果に

なっているのではないかと思う」

「パーソナリティ障害や物質使用障害、知的障害など治療反応性が限られている疾患をもつ方が、一般の精神医療、保健、福祉で対応ができないとの理由で入院処遇となり、同様の『受け皿がない』との理由で地域への移行が困難となることがしばしばある」

「入院、退院のコントロールが医療機関側でできない点は、業務に負担感を与える原因となっていると思います」

「入院治療の必要な状態がなくなってもなお、受け皿がないとの理由で対象者の受け入れを拒む地域がある」

「対象者の居住地設定の困難さ 公の運営する社会復帰施設においても「殺人」の対象者は入れるのに「性犯罪」の対象者は入れない(門前払い)等、精神障害者であるのかないのかの偏見ではなく犯罪をおこしたことがあるのかないのかの偏見でもなく対象行為の種類による差別・偏見があることの困難。こういった差別、偏見をとりのぞく者に一番近いぐらいに対応しなければならないところでさえ、差別・偏見がある現実」

「閉鎖病棟での携帯電話の使用、喫煙の可否などの問題については医療観察法病床に限ったことではなく、各病院の対応に任せずに医

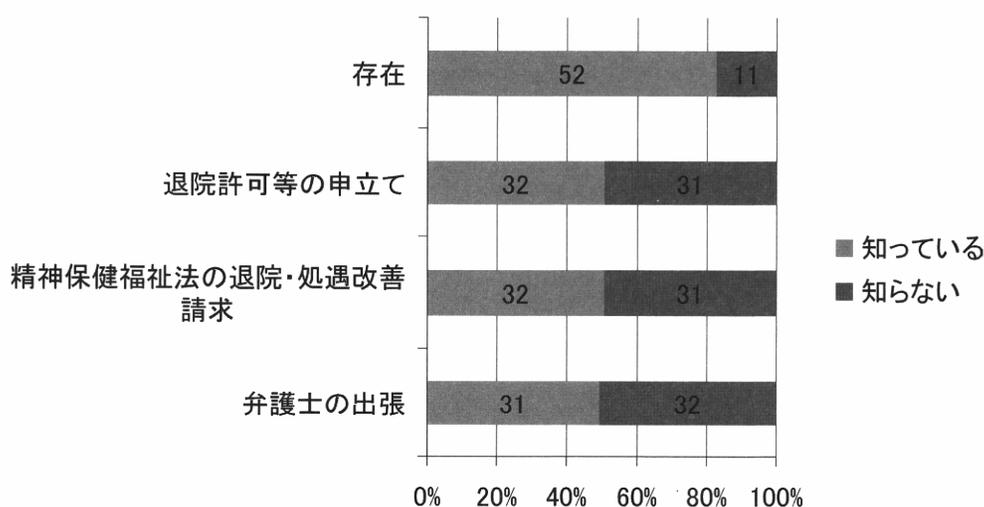


図7 法テラスに関する知識 (N=63)

療機関全体としての方針を厚生労働省や関係機関は示してほしい。ただでさえ事務作業が多い医療観察法業務において、役所対応や事務仕事に時間をとられるのは医師にとってマイナスである。」

#### ウ) 個別票 一精神保健福祉士 (PSW) 記入用一

国立系施設15施設中、14施設より28人、都道府県立施設10施設中、9施設より15人、合計23施設より43人（平均臨床経験7.6年）の回

答を得た。

#### (1) 権利擁護講座の実施について

図8は、各指定入院医療機関における権利擁護講座の実施について尋ねた回答結果である。23施設中、21施設は独立したプログラムとして実施されていた。他のプログラムの一部として実施している施設が1施設、実施していない施設が1施設あった。

図9に各施設の権利擁護講座の内容を示す。なお、1病院では2病棟を有しており、それ

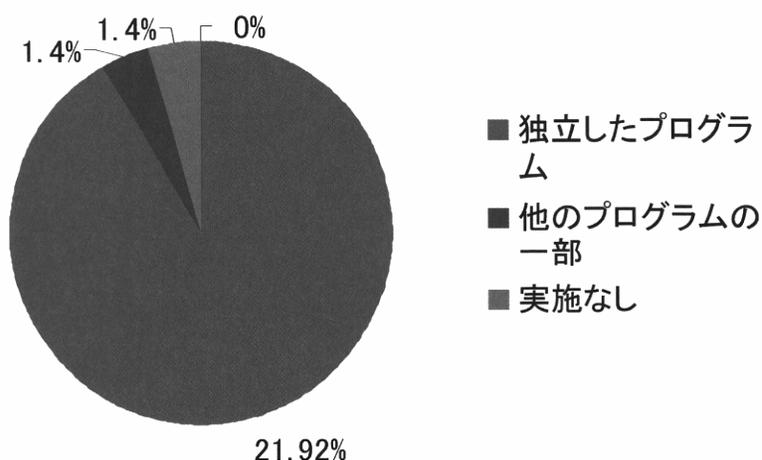
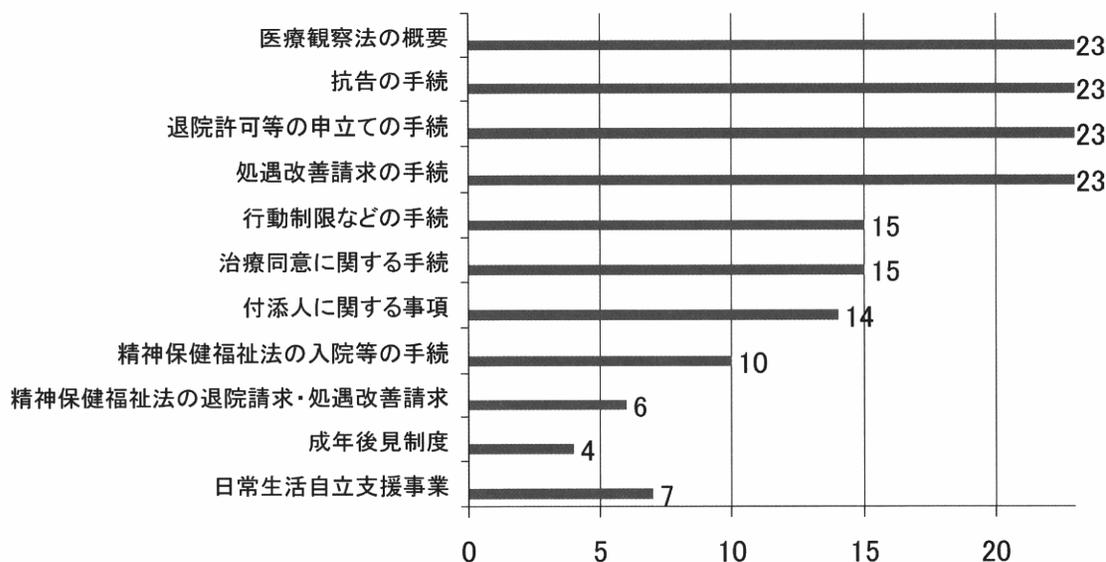


図8 権利擁護講座の実施状況 (N=23施設)



その他；カルテ開示、倫理会議、運営会議、CPA会議、病棟での弁護士や権利擁護職員の定期相談、指定入院医療機関の法的手続きについて、通院処遇の説明、入院処遇の内容、医療観察法入院処遇の具体的な流れ（外出・外泊の目的、方法、治療ステージの説明など）

図9 権利擁護講座の内容 (N=23施設)

ぞれ独立して権利擁護講座を行っていたので、回答総数は23になっている。医療観察法の概要、抗告の手続き、退院許可等の申立ての手続き、処遇改善請求の手続きに関しては、23施設全てで行われていた。行動制限などの手続き、治療同意に関する手続き、付添人に関する事項は、13～14施設で行われていた。精神保健福祉法による入院等の手続きや、同法による退院請求・処遇改善請求、成年後見制度、日常生活自立支援事業に関する内容は、それぞれ8施設、4施設、3施設、5施設と講座の中で取り扱っている施設は少なかった。

図10に権利擁護講座の講師について示した。権利擁護講座の講師として参加している職種は23施設中すべての施設で精神保健福祉士が参加しており、次いで看護師が13施設であった。医師1施設、作業療法士2施設、弁護士1施設、外部の人2施設という回答もあったが、いずれも少数であった。

## (2) アドボカシーサービスについて

図11に、アドボカシーサービスに関する考え方を尋ねた結果を示した。アドボカシーサービスについて、必要であると答えた者は41人(95%)であった。その他2名(5%)の回答では、「来棟」に限らず、精神保健福祉法と

同様にまず対応を行う」、「あるとよいのかもしれないが、医療観察法入院処遇においては、手厚い人員配置 となっており、病院職員との関係・信頼構築の中で相談できるとよいのではないかと思う」という意見がみられた。

図12に来棟に適切と考える職種に関する回答を示した。来棟に適切と考える職種としては、弁護士が42人と最多であり、次に弁護士以外の見識者が22人、公的人権擁護機関の職員が20人、その他が3人であった。

## (3) 法テラスに関する知識

図13に、法テラスについて尋ねた結果を示した。法テラスの存在を知っている者は、43人中42人とほぼ全員であったが、退院許可等の申立てについて知っているとは回答した者は19人、精神保健福祉法の退院・処遇改善請求に弁護士が関わることを知っている者は15人、弁護士の出張業務について知っている者は、24人に止まっていた。

## (4) 参与員としての経験について

回答した43人のPSWのうち、医療観察法の審判等に関わる精神保健参与員を経験したことのある者は、6施設9人であった。経験件数は、2～20件とばらつきがあった。参与員

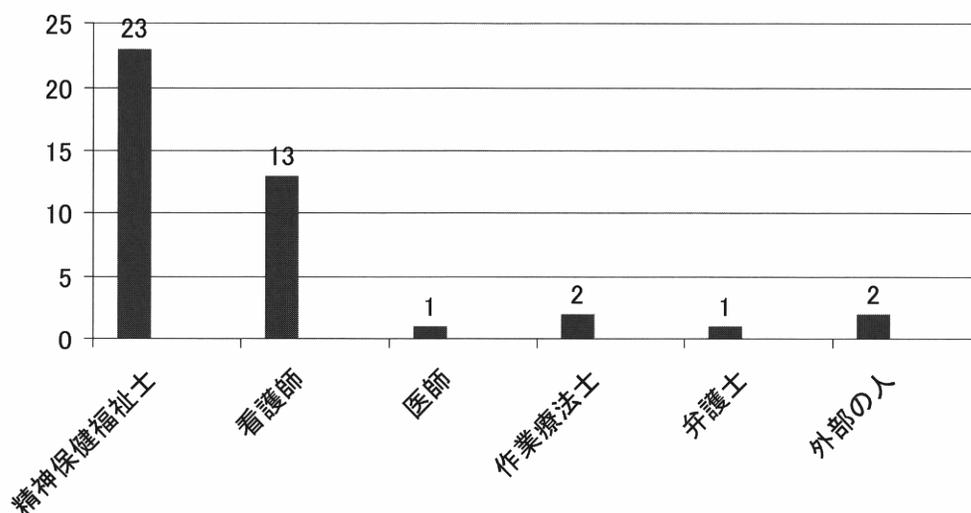
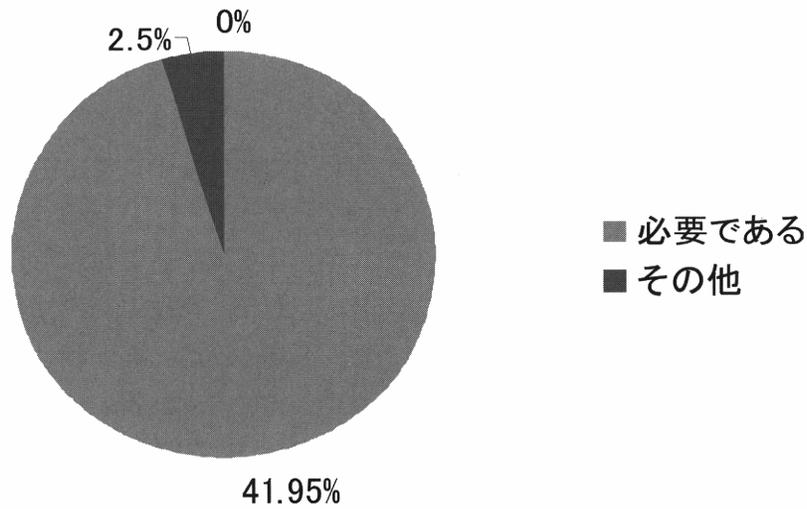


図10 権利擁護講座の講師 (N=23施設)



その他；

- ・“来棟”に限らず、精神保健福祉法と同様にまず対応を行う
- ・あるとよいのかもしれないが、医療観察法入院処遇においては、手厚い人員配置となっており、病院職員との関係・信頼構築の中で相談できるとよいのではないかと思う。

図11 アドボカシーサービス

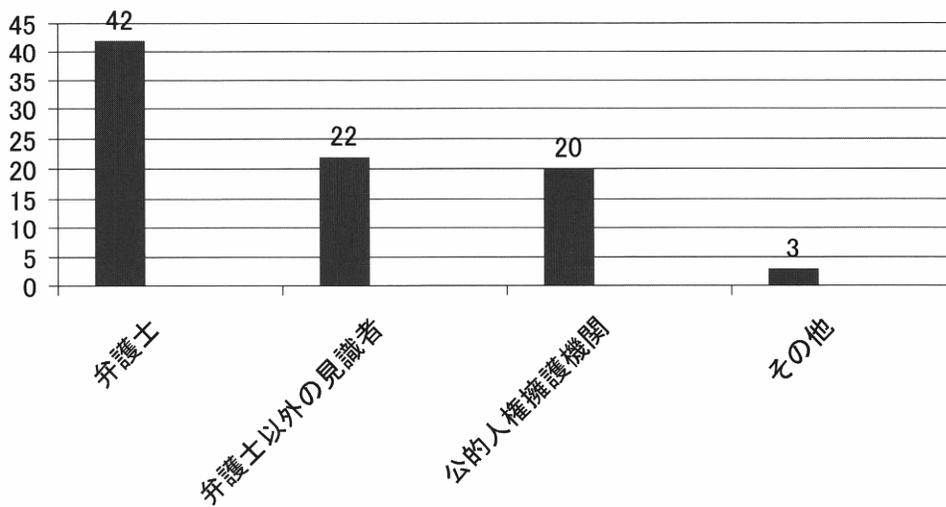


図12 来棟に適した職種 (N=43)

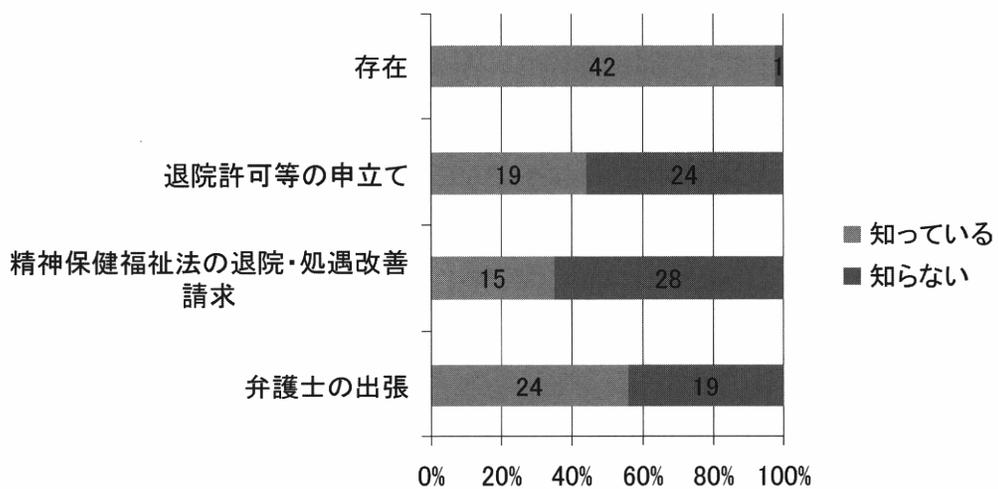


図13 法テラスに関する知識 (N=43)

経験のある者のPSWとしての臨床経験年数は7～25（平均13.6）年であり、経験のない者は1～15（平均6.3）年であった。

#### （5）自由記載について

個別票（PSW記入用）の最後に「医療観察法病棟における医療に関して、ご苦勞されている点や懸念されている点などについて」の自由記載を求めた。自由記載された内容からいくつかの意見を以下に示す（詳細は資料5参照）。

「医療観察法に対するイメージの悪さは依然残っていることを感じます。例えば、中間施設のつなげる際も、『医療観察法の人はこちらと…』や『また同じことをやるのでは…』といった感じで、電話の相談の時点で申し込みを断られることも多くあります。そのため、本人が住みなれた所から離れた施設を使うことになり、施設に慣れた頃に退所となってしまいうケースもあります。はたしてこれが、安心安全、その人らしい生活なのか疑問を感じます。地域によっては、本人の地元であるにもかかわらず、受け入れに難色を示すところもあり、地域が安心するために施設利用をすすめているのではと思うことがあります。」

「医療観察法の入院処遇と地域の社会資源の差から、対象者に適した地域のサービスが少ない。この点が権利を擁護するという観点から大きな問題であると思う。特に入院処遇中の権利をどのように守るか、いくつかの制度はあるものの、例えば退院の請求（対象者からの）などの場合、付添人がつかないことも多く、書面の審判のみのことが多く、権利擁護という観点から見直しした方が良いと思う。今後、法テラスの利用等も検討したい。一方で、全てに付添人をつけるということも現実的ではない為、今後見直しを要す。対象者自身が、自らの権利についてそれを擁護する為に様々な制度を使う動機付けがなされていない

いことも多い為、今後の課題としたい。」

「社会復帰調整官について 時折、対象者から社会復帰調整官についての不満を聞くことがあります。長い間関わりと関係が悪くなることもあると思います。ただ、直接社会復帰調整官に対し、不満を言えない方も多く、あきらめることもあります。しかし、これはおかしいことではないかと思えます。病院や施設には、適正を図るための第3者機関がありますが、調整官に対してはこのような体制（制度）はないのでしょうか？」

「処遇終了となった場合の対象者の退院への支援の難しさを感じています。中には長期に渡り精神保健福祉法での入院が必要な場合があります。しかし時代の流れから『長期の入院はうけられない』ということや医療観察法の対象だった人ということで『対応しきれない』ということで受け入れが難航する場合があります。その支援は指定入院医療機関のSWが責任をもってやるべきなのか、社会復帰調整官が終了までは調整するべきなのかははっきりしないこともあり、とまどったことがあります。（結局は本人にとって必要であればどちらが動いても構わないとは思いますが）また、最近では自分の処遇に納得はしていないものの、退院の申立て、医療終了の申立て、抗告の申立てをされない方も増えてきました。理由は『しても意味が無い』『結局茶番だから』『裁判所の決定だから無理でしょう』というようなことがあげられます。こちらで権利であるとは何度も伝えますが、結局はされない方が多いです。かといって治療に前向きであるわけでもないのに、MDTとの治療関係の構築期間や入院期間にも少なからず影響しているように感じます。

## D. 考察

### I. 指定入院医療機関向けアンケート調査

昨年度の倫理会議等に関する調査の結果と

の比較を考慮しながら、医療観察法指定入院医療機関の現状および運用状況について考察する。

#### (1) 倫理会議の運用状況

昨年に引き続き、倫理会議をガイドラインに定められた通り月2回開催している施設は、5施設と少なく、約半数の施設は月1回の開催となっていたが、月2回開催している施設のうち1施設は、22年4月から2回に増やされていた。この背景には、運用日数の増加に伴い、倫理会議に提出される案件が増したことや臨床現場から迅速な審議が求められていることなどが推測される。一方、月に1回の運用で問題が生じていない施設も多いことから、倫理会議の適切な頻度に関しては、今後の動向を見守り検討する必要がある。

#### (2) 倫理会議における審査内容

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、および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、医療観察法の運用日数および対象者数の増加から、昨年度に比べ件数が増加していた。昨年度、未調査であった電気けいれん療法（ECT）については、5名の対象者に対し11回審議されていた。

デポ剤やECTの施行に関しては、不承認事例が各々2件、1件と認められた。倫理会議のセカンドオピニオンとしての機能が有効に働いていることが示唆された。

事後評価の審査実績については、昨年度認められなかった麻酔薬による鎮静および強制的経管栄養投与が1件ずつ認められた。

注射による強制投薬は、昨年度は4病院、36回、12名、今年度は、4病院、55回、14名であった。注射による強制投薬は、同一病院で4名の対象者に対し44回の審議が行われており、特定の服薬に拒否的な対象者について繰り返し審議が行われていることが示唆され

た。

また、昨年度未調査であった、隔離・身体拘束に関しては、全体で隔離は127名の対象者について165回、身体拘束は18名の対象者について28回の審議が行われていた。隔離・拘束は、特定の対象者について複数回審議されており、この一部に行動制限が長期化している事例があることが伺える。これらの事例は入院日数の長期化へも直接的な影響を与えられ、経年変化を追跡する必要がある。

全体を通じ、調査対象病棟、運用日数、入院対象者数の増加を考えれば、対象者の同意によらない医療が行なわれることは多くはなく、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。

#### (3) 医療観察法病棟における処遇について

処遇改善請求に関する問い合わせは、昨年度が3病院で10件であったものが、今年度は病床の増加に伴い6病院15件と増加しており、また、社会保障審議会医療観察法部会の審査の対象となった事例も3人4件みられた。

医療観察法部会の審査対象となった事例をみると、喫煙や携帯電話使用をめぐる処遇改善請求が多いようである。既存の病棟に併設する形で医療観察法病床を持つ病院もあることから、未だ、医療観察法における統一的な対応方針は出されていない。個別の施設事情を考慮しつつも、早急な対応方針の整備が望まれる。

#### (4) 退院許可等の審判について

昨年同様、申し立てから審判期日までの期間については、病院側、対象者側から申し立てたそれぞれの場合において差は認められなかった。また、病院側から申し立てた審判において入院継続決定がなされる場合、一方、対象者側から申し立てた審判において容認（退院）あるいは医療終了の決定がなされる場合

が認められ、裁判所は、申し立て者の相違によらず、公正中立な立場で審判を行なっていることが示唆される。

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は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にする対象者の場合、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、67%が裁判所、33%が病院であった。また、裁判所のみで審判期日を開催する病院が9病院、病院のみと回答した施設が4病院、いずれもある（退院者を経験していない施設を含む）と回答した病院が7病院みられた。これらの比率は昨年度の調査と大きく変化していない。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、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。

## (5) 身体合併症例の対応について

身体合併症による他病院への転院を経験した施設は、6施設であった。病床数の増加および社会全体の高齢化に伴い、今後も身体合併症例の増加が予想される。平成22年より、国立精神・神経医療研究センター病院の医療観察法病棟には合併症専用病床が5床設置されているが、その適応は、緊急性の低く、治療により身体的予後の改善がある程度見込める症例に限られている。現状では、緊急性の高い対象者や、長期予後が不良と思われる対象者への対応は、対象者個別あるいは病院の事情を勘案して決定されている。緊急時の対応や、病院間の連携が滞りなく行われるよう各施設で準備をしておく必要があると思われる。

## (6) 喫煙・携帯電話の取り扱いについて

喫煙および携帯電話の取り扱いには、未だ施設間で差違が大きい。以前に比べ、指定入院医療機関間での転院を経験する対象者が減ったとはいえ、転院後に不自由を感じ、処遇改善請求を行う対象者も存在している。特に、携帯電話の使用に関しては、通話機能のみならず写真撮影機能や通信機能を有する機器であるため、個人情報保護の観点から病棟内の使用を禁止している施設が多く認められる。しかしながら、鑑定入院医療機関の中には、本人の責任で使用を許可している病院も存在しており、継続する医療の中で整合性の保たれた対応が必要であろう。個人情報の保護と社会復帰に向けた治療上の必要性の両者を勘案し、一定のガイドラインを策定することも必要であると思われる。

## II. 指定入院医療機関勤務医師向けアンケート調査

### (1) 電気けいれん療法 (ECT)・デポ剤・非告知投与の実施について

電気けいれん療法（ECT）は、精神症状が抗精神病薬に抵抗性の場合、興奮等が著しく迅速な精神症状の改善が望まれる場合、副作用等から効果を期待する抗精神病薬の十分な使用が困難な場合などに検討される有効な治療法のひとつである。しかしながら、麻酔薬の使用による有害事象発生時の結果の重大性、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、その使用に関しては厳格な手続が定めている国も多い。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除き、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、医療観察法病棟の潤沢な人的、環境資源を考えれば、その適応にはより厳格な適用が求められよう。

また、デポ剤は、確実な薬物の接種により抗精神病薬の飲み忘れによる再燃を防止でき、社会復帰における有益な手段となりうる。

今回の調査結果からは、ECT、デポ剤の施行に対し、本人ないし家族の同意を前提とする意見が多かった。特に、鑑定入院医療機関にいる対象者に対しては、対象者の同意を必須と考え、施行の判断に治療チームとは独立した精神科医の判断を仰ぐとする、セカンドオピニオンの機能を求める回答の割合が多かった。さらに、非告知投与に関しては、いずれの治療状況においても行わないという意見が大多数であった。上記はいずれも、医療観察法病棟に勤務する医師の倫理意識の高さが示されているといえよう。

鑑定入院に関しては、対象者の同意の如何に関わらず収容を命令する仕組みであり、非同意治療の取り扱いには通常精神科医療以上に倫理的配慮が求められる。デポ剤の治療は、持続的な有害事象を生ずる可能性があること、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こと、対象者の

処遇の方向性、医療の継続性に不確実性を含んでいるという理由により、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、副作用である健忘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、鑑定入院においても、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少数ながら認められた。この際の「必要な場合」が具体的にどのような場合を想定するのか今後検討が必要であろう。また、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指定入院医療機関入院中の対象者に関して最も多かった。この点に関しては、倫理会議のセカンドオピニオンの機能によって医学的必要性・妥当性が担保されていると考える回答者が、他の治療状況と比較して多かった可能性が示唆される。

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。医療観察法において家族の同意の規定はなされていないが、この点は一般精神科臨床と同様に取り扱っていることが推測される。

## （2）アドボカシーサービスについて

実際に、アドボカシーサービスが提供されている病院はまだ少ないが、医療観察法病棟に勤務する精神科医のほとんどは、対象者の権利擁護および自身の医療の透明性確保のために弁護士等の来棟を望んでおり、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。未実施の医療機関の中には、法テラスに対し、独自に働きかけを行っている施設

もあるようであるが、主に費用面から現実化に至っていない。法テラスにはこうした医療観察法対象者の相談に対する経済的支援制度が存在しているものの、実効性のある体制にはないようである。

また、法テラスに関しては、回答した医師の約8割は存在を知っているものの、実際の個別の業務内容について知っている者は約5割であり、周知が十分とはいえない状況であった。医療者は、対象者の人権擁護、法的問題に日々直面する立場にあり、対象者に提供可能な司法的援助について理解していることが望ましい。司法関係者と医療者との相互理解を進め相談体制を整備するとともに、医療者への啓発を引き続き行う必要があると思われた。

### Ⅲ. 指定入院医療機関勤務精神保健福祉士 (PSW) 向けアンケート調査

#### (1) 権利擁護講座について

司法決定による本人の同意に基づかない医療的という側面をもつ医療観察法入院処遇では、通常の精神科医療以上に対象者の人権擁護に配慮が必要とされる場面が多い。権利擁護講座は、対象者自身が置かれている法的枠組み、権利と義務、司法的問題解決の方法・手段等を理解し、対象者が主体的に適切な社会資源を活用しながら治療に参加できることを目的としている。

調査結果からは、9割以上の病院で独立したプログラムとして実施していることが明らかとなり、医療者の倫理意識の高さが伺えた。急性期病棟に数床が医療観察法病床が指定されている小規模併設型病棟では、数名の対象者に対し実施することになるが、司法的問題は規模の大小に関わらず生じるものであり、講座の開催は今後も継続的に必要であると考えられる。内容に関しては、医療観察法、抗告、退院許可、処遇改善請求等、医療観察法

に関しては全病院で取り扱われているが、行動制限や精神保健福祉法に関する事項、成年後見制度などについては施設により話題とされていない場合も多い。後者は早急な対応の必要性が小さいことや、個別の事例に応じて個別に説明を受けていることが多いためと考えられる。しかしながら、対象者本人はこのような講座を通じて自らの問題に気づく場合もあると考えられ、プログラムとしては標準化された一律の内容が施設間差なく実施され、その上で個別の対応を図ることが望ましい。

#### (2) アドボカシーサービスについて

精神保健福祉士の95%がアドボカシーサービスは必要であると回答し、その他とした回答も、医療者との関係性の中で相談する、というようなアドボカシーサービスの理念自体には賛同する内容であった。

来棟に適切と考える職種については、医師の回答結果とは異なり、弁護士の次に弁護士以外の見識者となっていた。これには、人権擁護に精通したNPO法人の職員などが想定されるが、精神保健福祉士にとっては法務局などの公的人権擁護機関と比較してより近い職種であるのかもしれない。

法テラスに関する知識に関しては、存在はほぼ全員が知っているものの、医師同様、内容について知っている者は全体を通じて半数前後である。法テラスの存在そのものを知らないと回答した者の多い医師と比較すると、十分とはいえない状況であった。今後、外部の司法相談援助体制の構築にあたっては、精神保健福祉士は窓口の業務が期待される職種であり、周知を図る必要があると思われた。

### Ⅳ. 自由記載について

個別票 (医師記入用)、個別票 (PSW記入用) とともに、「医療観察法病棟における医療に関して、ご苦労されている点や懸念されている点