

表2 倫理会議の審査実績（事後評価）

施設	麻酔薬による鎮静				強制注射				非同意経口投薬				強制栄養				通信制限	面会制限
	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	回数	対象者数	承認	意見あり		
A	1	1	1	0	2	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
C	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
D	0	-	-	-	11	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
E	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
H	2	2	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
J	0	-	-	-	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
K	0	-	-	-	6	3	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
L	0	-	-	-	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
M	0	-	-	-	0	0	0	0	6	3	6	0	0	0	0	0	0	
N	0	-	-	-	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	
O	0	-	-	-	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
P	0	-	-	-	2	1	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Q	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
R	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
S	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
T	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
U	0	-	-	-	18	2	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
V	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
W	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
X	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Y	0	-	-	-	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Z	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
I	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
II	0	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
合計	3	3	3	0	49	19	49	1	9	6	9	0	0	0	0	0	0	

口投与については、昨年度は1回、1名の対象者についてのみであったが、今年度は増加し3施設、9回、6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対象となる審査はなく、通信の制限は1件、面会の制限は隔離に伴う措置として10件2名に対して審議され、いずれも承認されていた。

(2) mECT、非同意のデボ剤、クロザピンの使用状況と倫理会議における審査

指定入院医療機関におけるmECTの実施状況と倫理会議による審査の状況を表3に示した。また、調査対象期間中にmECTの施行さ

れた事例のプロフィール、適応、対象者の同意と倫理会議に関する審査状況を表4～6に示した。

未回答・未記入の施設をのぞく25施設のうち10施設（40.0%）ではmECTを施行するための設備の整備が行われていなかった。全対象者12名のうち11名は統合失調症圏（F2）の疾患に罹患しており、未記入の1名をのぞき、対象者本人からの同意が得られた事例が7名、得られなかった事例が3名であった。家族からの同意はすべての事例で得られていた。残る1名は、情緒不安定性パーソナリティ障害（F60.3）と診断されていた対象者であり、対象者本人からも家族からも同意が得られていた。

表3 修正型電気けいれん療法に関する倫理会議の審査状況

施設	修正型電気けいれん療法の実施					倫理会議における検討後の未実施例		
	可能	不可能	新実施例あり	実施症例数	新実施例なし	検討あり	検討なし	検討症例数
A	1	-	1	1	-	-	1	-
B	1	-	1	1	-	-	1	-
C	-	1	-	-	1	-	1	-
D	-	1	-	-	1	-	1	-
E	1	-	-	-	1	無回答	無回答	-
F	1	-	1	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
G	-	-	-	-	-	-	-	-
H	-	1	-	-	1	-	1	-
I	-	1	-	-	1	-	1	-
J	-	1	-	-	1	-	1	-
K	-	1	-	-	1	-	1	-
L	1	-	-	-	1	-	1	-
M	1	-	1	2	-	1	-	1
N	-	1	-	-	1	-	1	-
O	-	1	-	-	1	-	1	-
P	-	1	-	-	1	-	1	-
Q	1	-	-	-	1	-	1	-
R	無回答	無回答	-	-	-	-	-	-
S	1	-	1	3	-	-	1	-
T	1	-	-	-	1	-	1	-
U	1	-	1	3	-	-	1	-
V	1	-	1	1	-	-	1	-
W	-	-	-	-	-	-	-	-
X	1	-	1	1	-	-	1	-
Y	1	-	1	1	-	-	1	-
Z	1	-	-	-	1	-	1	-
I	1	-	-	-	1	-	1	-
II	-	1	-	-	1	-	1	-
合計	15	10	9	13	16	1	22	1

倫理会議の審査件数であり、対象者非同意の治療行為件数とは異なる施設もある

表4 mECT施行対象者（男性10人、女性2人）

年齢	N	%
20代	2	(16.7)
30代	7	(58.3)
40代	2	(16.7)
50代	0	(0)
60代	1	(8.3)
70代	0	(0)
計	12	(100)

対象行為

	N	%
殺人	3	(25)
傷害	5	(41.7)
放火	3	(25)
強盗・強姦・強制わいせつ	0	(0)
無記入	1	(8.3)
計	12	(100)

診断 (ICD-10)		
	N	%
F2	11	(91.6)
F6	1	(8.4)
計	12	(100)

表5 適応 (複数回答、N=12)

【適応の理由】		【対象症状】	
精神症状	11	幻覚	9
自殺危険	3	妄想	9
身体状況	0	カタレプシー	0
薬物抵抗性	9	希死念慮	3
薬物副作用	0	精神運動興奮	5
ECTが効いた治療歴	3	暴力 (対人・対物暴力)	8
対象者希望	0	衝動性	6
その他	0	多弁・多動	1
		観念奔逸	0
		行為心拍	0
		不安	3
		焦燥感	1
		抑うつ気分	0
		アンヘドニア	0
		精神運動制止	0
		食欲低下	0
		不眠	0
		パーキンソン症状	0
		ジストニア	0
		ジスキネジア	1
		拒薬	0

表6 同意 N=12

対象者の同意	あり	8
	なし	3
家族の同意	あり	12
	なし	0
倫理会議事前検討	あり	12
	なし	0
倫理会議継続検討	あり	12
	なし	0
検討結果	承認	9
	不承認	0
	無記入	3

mECT適応の理由をみると精神症状のつぎに薬物抵抗性があげられていた。倫理会議における事前審査、継続審査は全例で行われており、未記入の事例をのぞき全例で承認が得られていた。

表7に対象者の同意のない持効性注射製剤

の使用状況を示した。調査問中に新たに対象者の同意なしで持効性注射製剤を導入した事例は、3施設で合計7名であり、いずれも統合失調症と診断されていた。対象事例のプロフィール、使用製剤、使用理由、倫理会議での審査結果を表8～表11に示した。導入の理

表7 対象者の同意のない持効性注射剤の使用状況

施設	非同意における持効性注射剤使用		
	実施あり	実施なし	件数
A	-	1	-
B	-	1	-
C	-	1	-
D	-	1	-
E	-	1	-
F	無回答	無回答	無回答
G	-	-	-
H	-	1	-
I	-	1	-
J	1	-	1
K	-	1	-
L	1	-	3
M	-	1	-
N	-	1	-
O	1	-	3
P	-	1	-
Q	-	1	-
R	-	-	-
S	-	1	-
T	-	1	-
U	-	1	-
V	無回答	無回答	無回答
W	-	-	-
X	-	1	-
Y	-	1	-
Z	-	1	-
I	-	1	-
II	-	1	-
合計	3	20	7

表8 非同意下持効性注射剤使用対象者（男性6人、女性1人）

年齢	N
20代	1
30代	0
40代	4
50代	1
60代	1
70代	0
計	7

対象行為

	N
殺人	0
傷害	2
放火	2
強盗	0
強制わいせつ	1
記載無し	2
計	7

診断 (ICD-10)

	N
F 20.0	5
F 20.1	1
F 20.9	1
計	7

表9 持効性注射剤の種類

ハロペリドールデカン酸エステル	4
デカン酸フルフェナジン	1
リスペリドン	2

表10 使用の理由（複数回答、N=7）

【適応の理由】	
退院後の対象者の服薬アドヒアランスに不安があった	6
内服薬を拒否していた	2
他の薬剤より有効と判断された	1
指定通院医療機関から要請された	1
地域関係者から要請された	0
家族から要請された	0
その他（鑑定中から使用していた）	3

表11 倫理会議での検討 N=7

あり6人中	事前審査	2
	事後審査	4
検討結果	継続審議	4
	承認	6
	不承認	0
	検討無し	1

由として最も多かったものは、「退院後の対象者の服薬アドヒアランスに不安があった」というものであった。倫理会議での審査は1名を除いて行われており、事前審査が2名、事後審査が4名であった。事後審査4名のうち3名は入院以前（鑑定入院や指定通院中）からデポ剤が導入されていた事例であった。

表12に指定入院医療機関におけるクロザピンの導入状況を示した。回答の得られた24施設のうち、導入済が14施設（58.3%）、導入予定が6施設（25.0%）、導入予定なしが4施設（16.7%）であった。

調査対象期間中にクロザピンが使用されていた対象者のプロフィール、適応、同意と倫理会議での審査状況を表13～15に示した。未記入をのぞき、全例で対象者・家族の同意が得られていることは当然として、倫理会議で検討された事例が23名あることが注目される。なお、28名中2名は有害事象のため投与が中止されていた。

（3）ヒヤリ・ハット事例

表16は、指定入院医療施設内で医療事故に繋がるような出来事が生じた案件（冷やっとなったり、はっとしたりすることから、全国的に『ヒヤリ・ハット事例』と呼ばれている）について質問した結果を示したものである。27施設で413名の対象者について合計1,497件の事例が把握されていた。このうち、対象者から医療者への暴力事例は、120件71名であり、

そのうち警察への届け出がなされた者は11件9名であった。

（4）処遇改善請求

表17は、平成22年7月16日～平成23年7月15日までの処遇改善請求の状況を示したものである。

処遇改善請求は、10施設で32件28名の対象者によって行われていた。このうち、地方厚生局員や治療チームとのやりとりの中で、対象者自身が請求内容を再考し取り下げたものが21件14名認められた。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、昨年度は4件3名であったが今年度は11件11名と増加していた。調査表に記載されている施設については、いずれも審議の結果、施設の処遇は適当であると判断されていた。

（5）退院許可の申立て

平成22年7月16日から平成23年7月15日までの退院許可等の申立ての状況を表18に示した。回答の得られた26施設について、病院側からの申し立ては150件、150名、対象者側からの申し立ては56件44名行われていた。

裁判所の審判結果は、病院側からの申立てでは、却下5件（5名）、容認（退院）130件、容認（医療終了）22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56件（42名）、容認（退院）1件、容認（医療終了）はいなかった。

表12 指定入院医療機関におけるクロザピンの導入状況

施設	クロザピン投与				医療機関登録要件			
	導入済	導入予定	予定なし	導入症例数	血液検査	白血球減少症対応	糖尿病連携医師	登録医師等
A	1	-	-	1	1	1	1	1
B	-	1	-	0	1	1	1	1
C	-	1	-	0	1	1	1	1
D	1	-	-	2	1	1	1	1
E	1	-	-	-	1	1	1	1
F	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
G	-	-	-	-	-	-	-	-
H	-	-	1	0	1	0	0	0
I	-	1	-	0	1	0	0	0
J	-	1	-	0	1	0	1	0
K	-	-	1	-	1	0	0	0
L	1	-	-	8	1	1	1	1
M	1	-	-	5	1	1	1	1
N	-	1	-	0	1	1	1	0
O	1	-	-	0	1	1	1	1
P	1	-	-	0	1	1	1	1
Q	1	-	-	0	1	1	1	1
R	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
S	1	-	-	8	1	1	1	1
T	1	-	-	3	1	1	1	1
U	-	-	1	-	1	1	1	1
V	1	-	-	0	1	1	1	1
W	-	-	-	-	-	-	-	-
X	1	-	-	2	1	1	1	1
Y	1	-	-	1	1	1	1	1
Z	-	-	1	-	1	0	0	0
I	1	-	-	0	1	1	1	1
II	-	1	-	0	1	0	0	0
合計	14	6	4	30	24	18	19	17

表13 クロザピン導入対象者（男性27人、女性1人）

年齢	N	%
20代	4	(14.3)
30代	15	(53.6)
40代	5	(17.8)
50代	3	(10.7)
60代	1	(3.6)
70代	0	(0)
計	28	(100)

対象行為	N	%
殺人	11	(37.9)
傷害	5	(17.2)
放火	10	(34.5)
強盗	2	(6.9)
強姦	1	(3.5)
計	29	(100)

*強盗、強姦は重複1人

診断 (ICD-10)		
	N	%
F 20.0	14	(50)
F 20.1	8	(28.6)
F 20.3	2	(7.1)
F 20.9	4	(14.3)
計	28	(100)

表14 適応 (複数回答、N=28)

【適応の理由】		【対象症状】	
精神症状	28	幻覚	22
自殺危険	4	妄想	26
薬物抵抗性	20	カタレプシー	0
薬物副作用	1	希死念慮	5
ECTが無効/効果が持続しない	1	精神運動興奮	13
対象者希望	3	暴力 (対人・対物暴力)	15
水中毒	2	衝動性	16
その他	0	多弁・多動	5
		観念奔逸	0
		行為心拍	0
		不安	7
		焦燥感	5
		抑うつ気分	0
		アンヘドニア	0
		精神運動制止	0
		食欲低下	1
		不眠	2
		パーキンソン症状	0
		ジストニア	0
		ジスキネジア	1
		拒薬	1
		拒否・拒絶	1

表15 同意 N=28

対象者の同意	あり	27
	なし	0
家族の同意	あり	26
	なし	0
倫理会議	検討	23
	承認	20
	不承認	0
	検討無し	2

表16 ヒヤリハット事例

施設	ヒヤリハット事例		医療者への暴力		警察への届け出	
	のべ (件)	対象者 (人)	のべ (件)	対象者 (人)	のべ (件)	対象者 (人)
A	75	8	7	4	2	1
B	79	37	7	4	1	1
C	34	16	1	1	0	0
D	113	66	14	14	0	0
E	8	4	8	4	0	0
F	207	6	6	4	0	0
G	-	-	-	-	-	-
H	54	54	9	9	0	0
I	109	-	-	6	1	1
J	37	20	9	3	1	1
K	66	-	4	1	0	0
L	128	118	0	0	0	0
M	67	15	6	4	0	0
N	188	8	3	3	2	2
O	-	-	-	2	0	0
P	84	24	7	4	0	0
Q	16	5	5	1	0	0
R	0	0	0	0	0	0
S	96	-	12	-	0	-
T	24	9	7	2	0	0
U	58	2	10	2	3	2
V	0	0	0	0	0	0
W	0	0	0	0	0	0
X	29	17	4	2	1	1
Y	25	4	1	1	0	0
Z	0	0	0	0	0	0
I	0	0	0	0	0	0
II	0	0	0	0	0	0
合計	1,497	413	120	71	11	9

表17 処遇改善請求

施設	問い合わせ		取り下げ		社会保障審議会			審査結果			
	有無	件数	人数	件数	人数	件数	人数	適当	不適當	継続	審査中
A	有	2	2	2	2	0	0	-	-	-	-
B	有	10	6	9	5	1	1	1	0	0	0
C	有	4	4	0	0	4	4	4	-	-	-
D	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
E	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F	有	2	2	1	1	1	1	1	0	0	0
G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
K	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
L	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
M	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
N	有	2	2	0	0	2	2	2	-	-	-
O	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
P	有	3	3	3	3	-	-	-	-	-	-
Q	有	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
R	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

S	有	1	1	-	-	1	1	1	-	-	-
T	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
U	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
V	無	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
W	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
X	有	2	2	0	0	2	2	0	0	0	0
Y	有	6	6	6	3	0	0	0	0	0	0
Z	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
I	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
II	無	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
合計		28	21	14	11	11	9	0	0	0	0

表18 退院許可等申立て

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)				審判期間						審判 場所		付添人		
	件 数	人 数	件 数	人 数	却 下 件 数	退 院 許 可 人 数	医 療 終 了 人 数	却 下 件 数	退 院 許 可 人 数	医 療 終 了 人 数	病院側				対象者側				裁 判 所	病 院			
											1 ヶ 月 未 満	1 ヶ 月 3 ヶ 月	3 ヶ 月 6 ヶ 月	6 ヶ 月 以 上	1 ヶ 月 未 満	1 ヶ 月 3 ヶ 月	3 ヶ 月 6 ヶ 月	6 ヶ 月 以 上					
A	13	13	1	1	1	1	13	1	2	2	0	0	0	13	2	0	0	2	0	0	14	0	0
B	3	3	6	4	0	0	2	1	7	4	0	0	0	3	0	0	0	6	1	0	2	0	0
C	19	19	2	2	0	0	16	3	1	1	1	0	5	12	2	0	0	1	1	0	19	0	0
D	10	10	1	1	0	0	11	0	1	1	0	0	3	7	1	0	0	1			0	1	0
E	10	10	5	5	0	0	9	1	4	3	0	0	0	9	1	0	1	2	1	0	14	0	0
F	10	10	0	0	0	0	8	2	0	0	0	0	0	10	0	0	0	0	0	0	10	0	0
G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H	0	0	0	0	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0	0	0	0	0	-	-	1
I	8	8	0	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0	8	0	0	0	0	0	0	8	0	0
J	4	4	3	2	0	0	3	0	3	2	0	0	1	1	1	0	0	3	0	0	6	0	0
K	8	8	3	2	0	0	6	4	3	2	0	0	0	8	2	0	0	3	0	0	13	0	0
L	11	11	2	2	0	0	10	1	2	2	0	0	4	7	0	0	0	2	0	0	9	0	0
M	8	8	5	5	1	1	6	1	5	5	0	0	0	6	2	0	1	3	1	0	1	0	0
N	4	4	3	3	0	0	4	0	3	3	0	0	0	4	0	0	0	2	1	0	0	0	0
O	8	8	6	4	0	0	6	2	7	5	0	0	0	7	0	1	0	5	2	0	15	0	2
P	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Q	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
R	3	3	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	3	0	0
S	12	12	4	4	0	0	9	3	4	4	0	0	2	10	0	0	0	3	0	0	12	0	0
T	6	6	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0	3	0	0
U	2	2	1	1	3	3	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0
V	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
W	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
X	5	5	7	5	0	0	5	0	7	5	0	0	0	5	0	0	0	7	0	0	11	0	0
Y	1	1	6	2	0	0	0	1	6	2	0	0	0	1	0	0	2	3	1	0	5	0	0
Z	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
I	2	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0
II	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計	150	150	56	44	5	5	130	22	56	42	1	0	17	123	12	1	4	44	8	0	153	1	3

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、病院からの申立てでは1ヶ月以内の事例が17件、1～3ヶ月が最多で123件、3～6ヶ月が12件、6ヶ月を超える事例が1例認められた。対象者側からの申立てにおいても1～3ヶ月の事例が44件と最多で、1ヶ月以内は4件、3～6ヶ月が8例、6ヶ月以上の事例は認められなかった。

審判期日の開催場所は、昨年度は、病院が45件（32.8%）、裁判所が92件（67.2%）という回答であったが、本年度の調査では裁判所が154件中153件とほとんどであり、病院で行われたものは1件のみであった。また、審判に付添人が同席したものは2施設3件のみと少数であった。

(6) 喫煙・携帯電話の使用について

昨年度の調査において、敷地内全面禁煙を実施している施設は3施設であったが、本年度は8施設と増加していた。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は、昨年度は2施設であり本年度は3施設、病棟内に喫煙室を設置という回答は昨年度は15施設で本年度は16施設であった。また、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棟は昨年と同じく1施設であった（図1、2）。

調査時点で、全面禁煙としている、あるいは全面禁煙にしていない理由について、該当項目に複数回答で回答を求めた質問では、「喫煙は本人の健康に害がある」「健康増進法の施行など、世間的に禁煙が推奨される流れにある」、「既に閉鎖的環境にいる対象者から喫煙の楽しみまで奪うのは適切ではない」にそれぞれ9施設が該当すると答えた（図3）。

携帯電話の使用に関しては、対象者個人の所有する携帯電話と病棟が管理、所有する携帯電話について分けて質問した。対象者個人が所有する携帯電話に関しては、「スタッフ・または家族が預かり、退院するまで本人には一切渡さない」が10施設、「スタッフ・または家族が預かるが、一定の条件下で本人に渡すことがある」が17施設、「スタッフ・または家族は預からず、本人が自分で管理している」という施設はなかった（図4）。

「一定の条件で渡す」と答えた16施設に対し、どのような状況で渡しているか尋ねたところ、状況としては「院外外出・外泊」という回答が12施設と最多であった。治療ステージでは、「社会復帰ステージから」が9施設と最多であり、架電可能な相手としては地域処遇関係者（社会復帰調整官等）が12施設、個人の携帯電話の使用目的としては、「アドレス帳の確認」が9施設とそれぞれ最多であった。使用可能

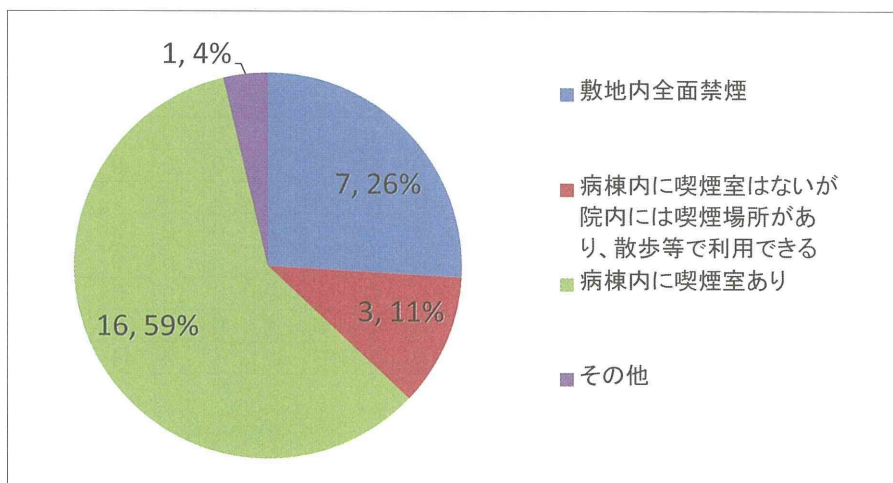


図1 喫煙の取り扱い (N=27施設)

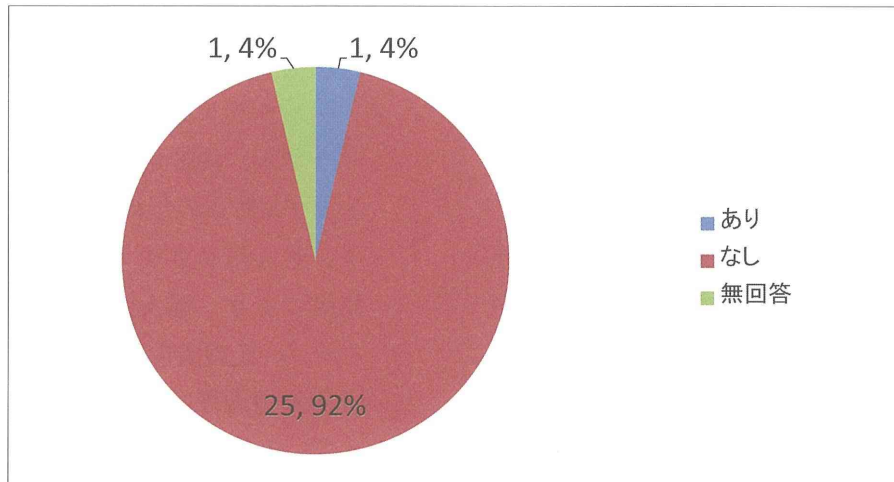


図2 倫理会議における喫煙の検討 (N=27施設)

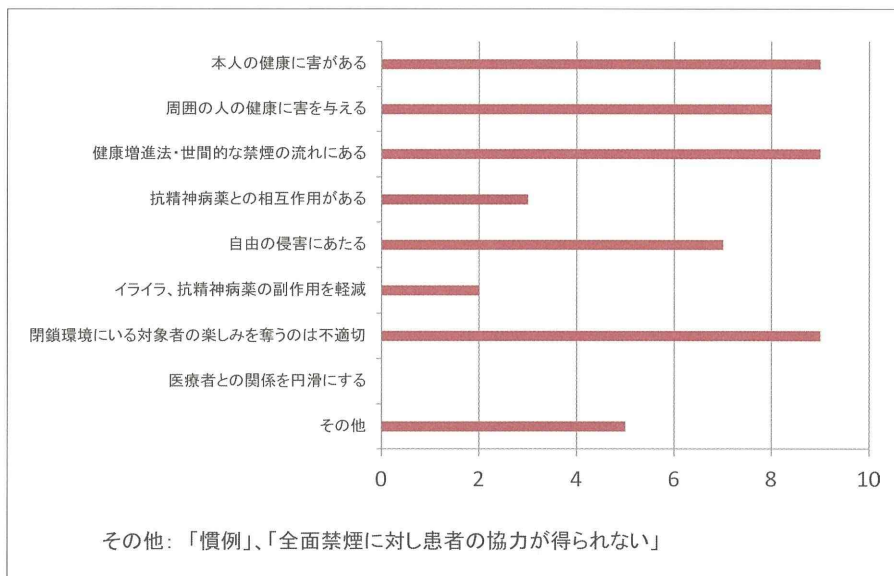


図3 全面禁煙にしている・していない理由 (27施設、複数回答)

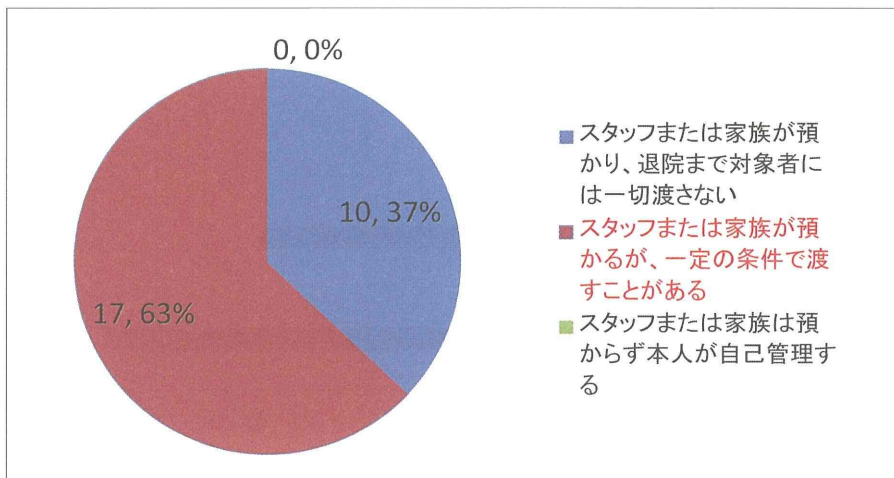


図4 対象者個人の携帯電話の取り扱い (N=27施設)

な状況としては、「スタッフの付き添いまたは目の届く範囲」が7施設と最多であった。(図5、6、7、8、9)

個人の携帯電話について、自由記載を求めた中には、

- ・入院中に新しく居住先を決める場合、準備（各種の契約など）のために連絡先が必要なことがある
- ・退院後の生活を想定し、携帯電話の使用訓練を行うことがある

といった社会復帰の目的のために使用を許可する施設がある一方で、

・紛失・盗難などの防止、各ゾーンごとに公衆電話を設置している、他対象者とのメールアドレスや電話番号の交換によるトラブル、携帯電話利用料金支払い（のトラブル防止のため一切渡していない）

・インターネットやメール（写真）などの使用により、個人情報保護が困難となるため（一定の条件の下に渡している）

という個人情報保護の観点から使用を控えている施設があることがわかった。(表19)

次に、医療観察法病棟の管理、所有する携

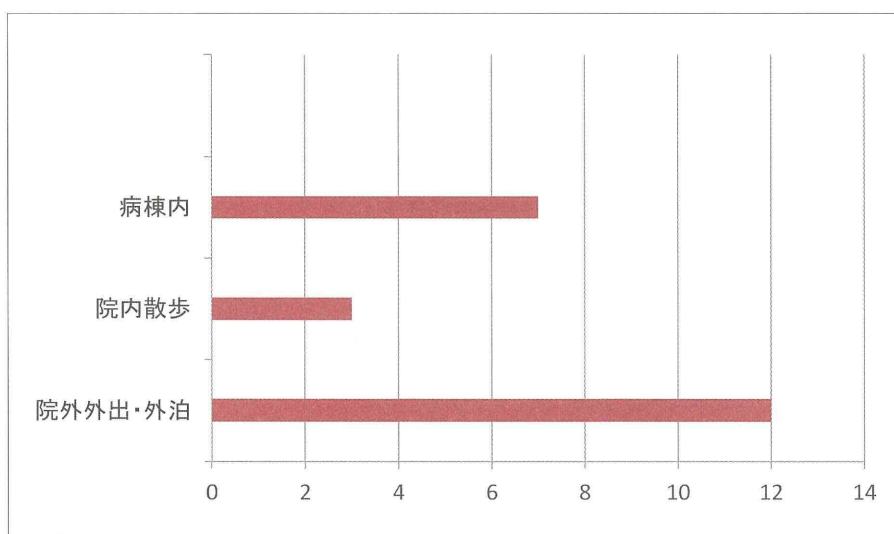


図5 個人の携帯電話の使用可能な状況 (N=17施設、複数回答)

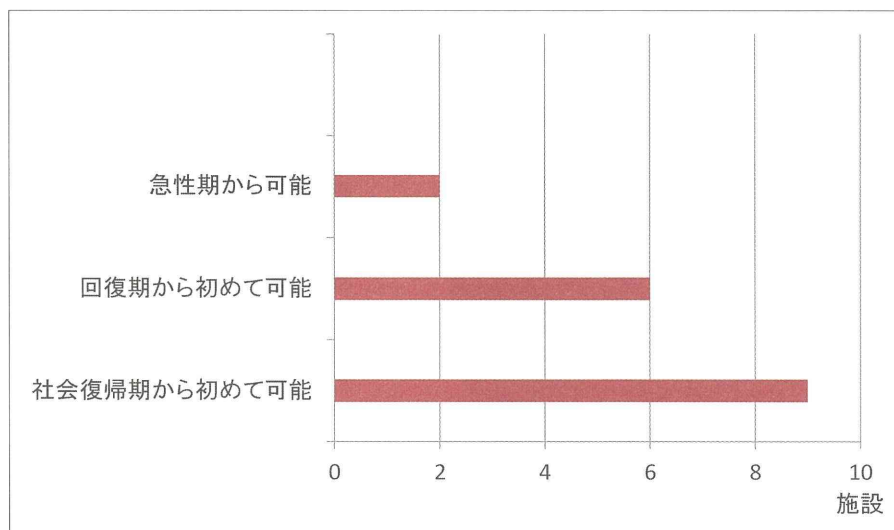


図6 個人の携帯電話の使用可能な治療ステージ (N=17施設)

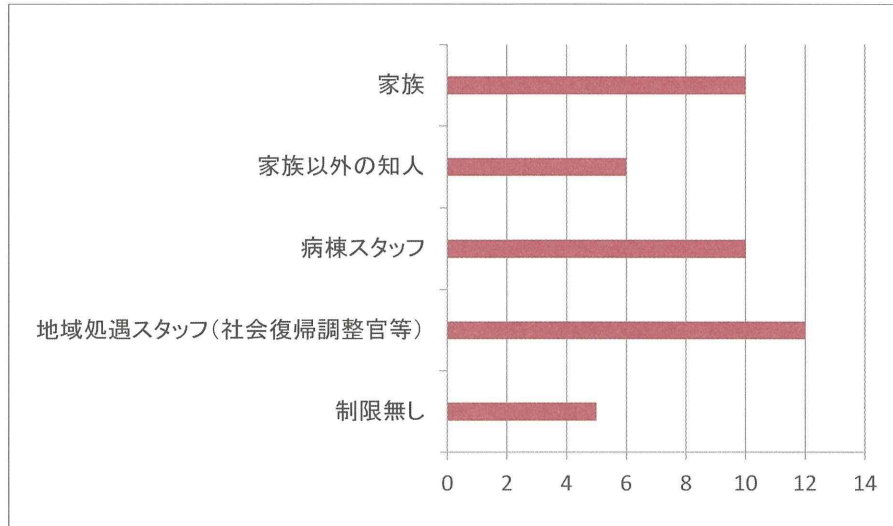


図7 個人の携帯電話で架電可能な相手 (N=17施設、複数回答)

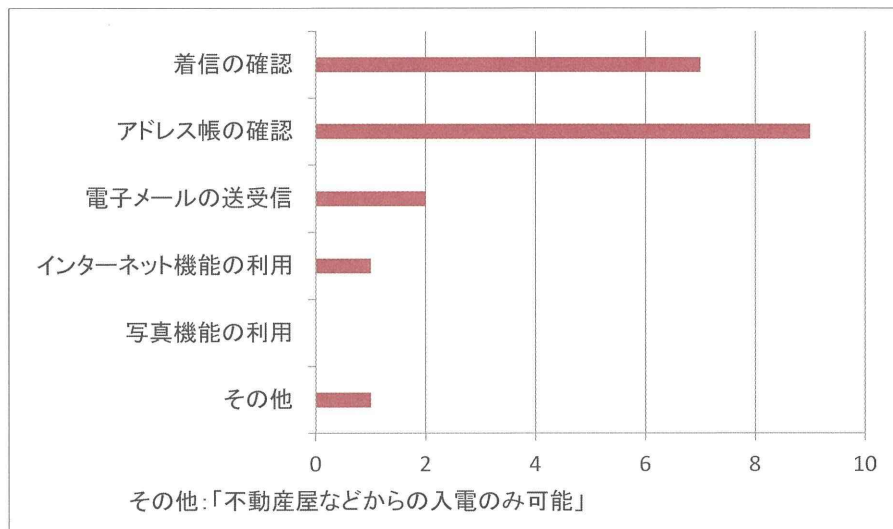


図8 個人の携帯電話の使用可能な目的 (N=17施設、複数回答)

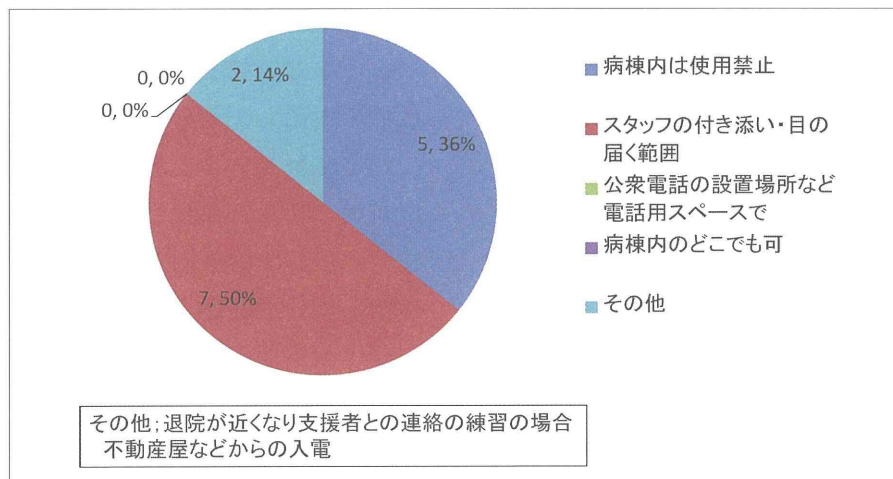


図9 個人の携帯電話の使用可能な状況 (N=14施設)

表19 個人の携帯電話に関する自由記載

<p>入院中に新しく居住先を決める場合、準備（各種の契約など）のために連絡先が必要なことがある</p> <p>退院後の生活を想定し、携帯電話の使用訓練を行うことがある</p> <p>紛失・盗難などの防止、各ゾーンごとに公衆電話を設置している、他対象者とのメールアドレスや電話番号の交換によるトラブル、携帯電話利用料金支払い（のトラブル防止のため一切渡していない）</p> <p>連絡先等の確認のため、スタッフ立会いで渡す場合がある。架電・通話は不可。</p> <p>インターネットやメール（写真）などの使用により、個人情報保護が困難となるため（一定の条件の下に渡している）</p> <p>携帯電話の操作方法の練習のため病棟の管理エリアで使用させたことがある</p>
--

携帯電話について尋ねた質問では、病棟の携帯電話を対象者に貸し出すことがあると答えた施設は25施設（96.2%）であった。（図10）

どのような状況下で貸し出すか尋ねた複数回答で回答を求めた質問に対しては、25施設全てで院外外出・外泊時に貸し出していた。治療ステージでは、回復期からという回答が17施設と最多であり、急性期から個別の事情で電話を許可した施設は1施設のみと例外的であった。架電先としては、25施設全てで病棟スタッフという回答があり、地域処遇関係者、家族という回答はそれぞれ9施設、6施設であった。この結果は、外出、外泊中に対象者がスタッフに定時連絡を入れたり、社会復帰調整官に連絡をとる練習を行ったりする際に病棟管理の携帯電話を用いていることを示している。（図11、12、13）

（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11施設（定期的：8、不定期：3）であった。半数を超える16施設では、未だ一度も行なわれたことがないという回答であった。（図14）

11施設に対し質問を行なったところ、来棟者は、弁護士が10施設、弁護士以外の有識者（NPO職員）が2施設であった。交通費の負担は、病院負担が1施設、法テラスによる援助

が4施設、来棟者個人負担が2施設、その他（弁護士会の援助等）の回答が2施設であった。

謝礼について、病院が支払っていると回答した施設は1施設、法テラス・弁護士会の援助を受けていると回答した施設は4施設、謝金の支払いはないと回答した施設は4施設であった。（図15、16、17）

（8）民事訴訟の提起

病棟開設以来、病棟入院中の対象者に関して、民事訴訟が提起された事例の有無について尋ねた質問では、あったと回答した施設が3施設、無かったと回答した施設が20施設（無回答4施設）であった。（図18）

（9）モチベーショナルインタビュー

医療観察法病棟では、対象者の同意の得られない場合には、モチベーショナルインタビューなどの技法を使用して、対象者の治療意欲を引出し、その同意を得るように努めることとされている。表20に各施設における治療同意の取得が困難だった対象者数を示した。また、表21に治療同意の取得が困難であった事例において問題となった治療行為の内容ならびに治療同意を得るために行われた働きかけの結果について示した。

対象となった治療行為としては、薬物療法に関するものが多く、次いで治療プログラム

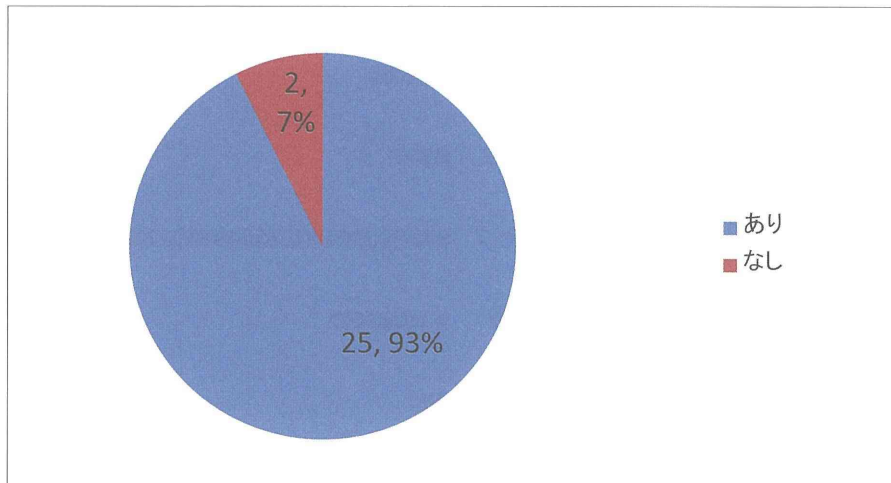


図10 病棟管理の携帯電話の貸し出し (N=27施設)

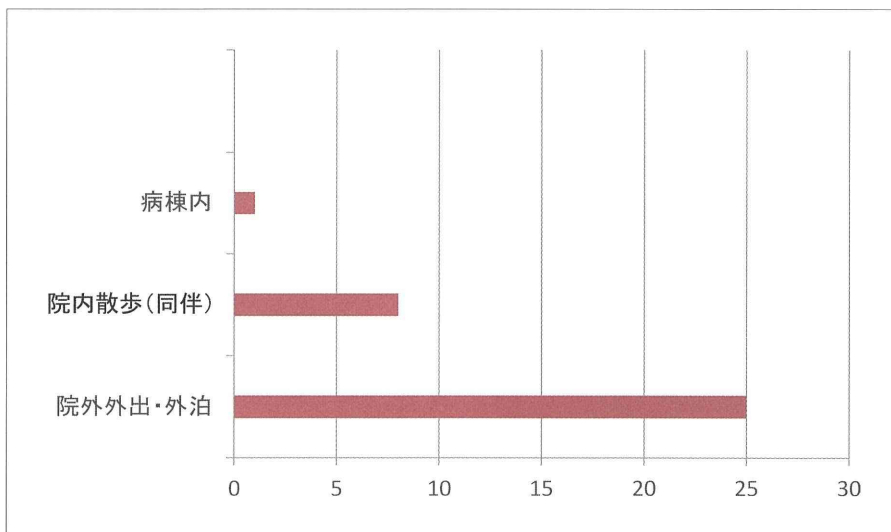


図11 病棟の携帯電話を使用可能な場所 (25施設、複数回答)

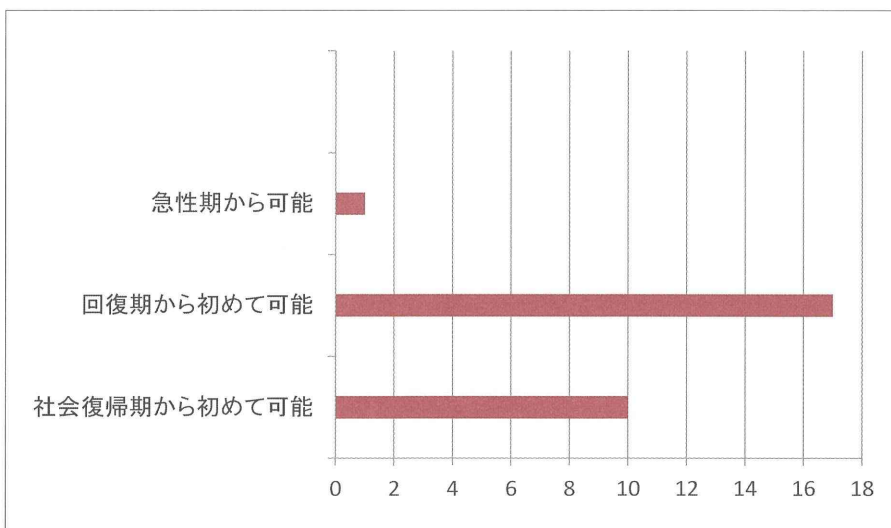


図12 病棟の携帯電話を使用可能な対象者の治療ステージ (25施設、複数回答)

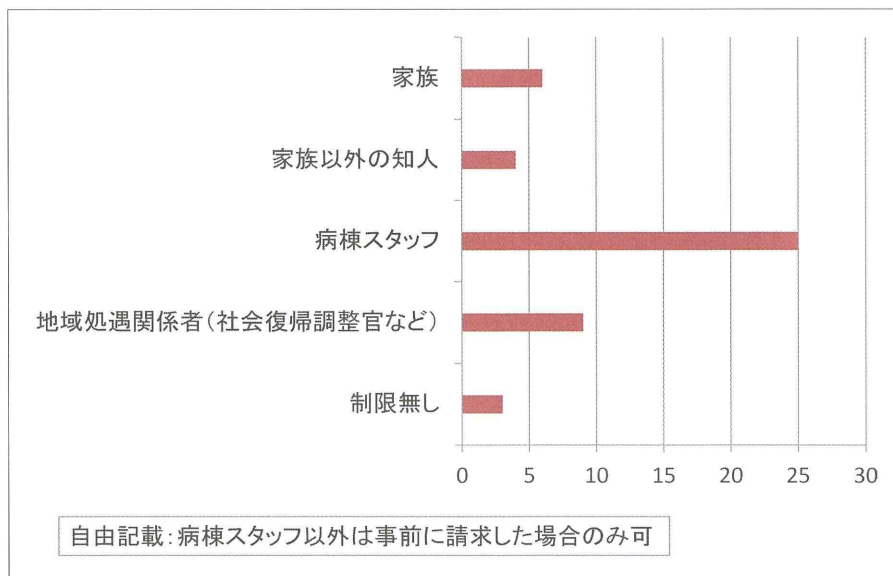


図13 病棟の携帯電話で架電可能な相手 (24施設、複数回答)

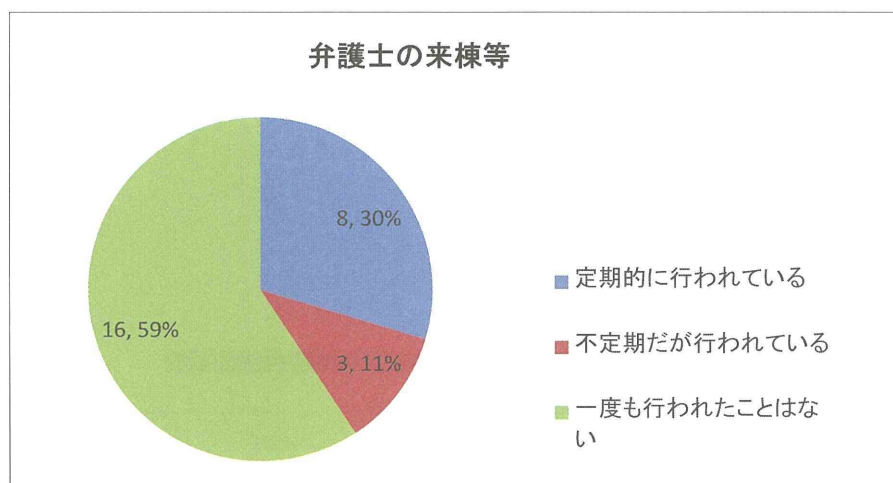


図14 アドボカシーサービス (N=27施設)

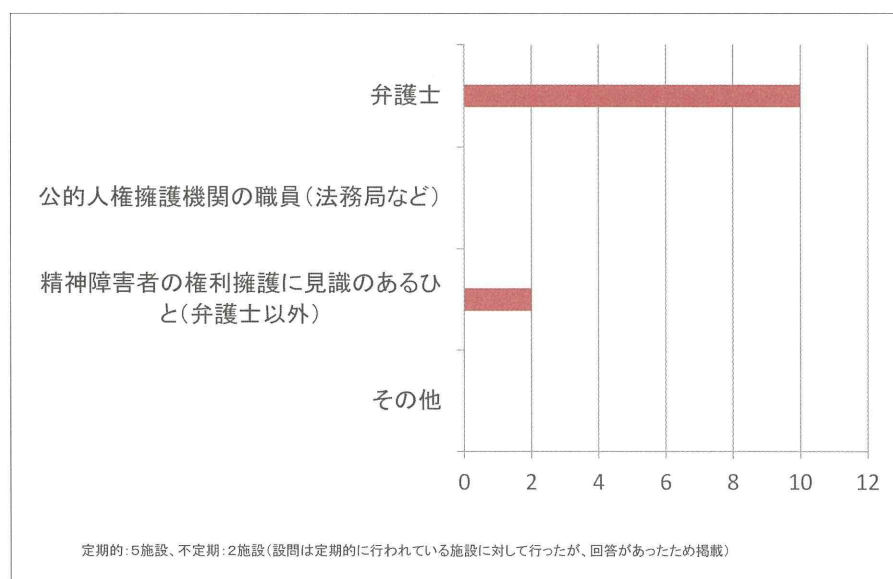


図15 来棟する職種 (N=11施設)

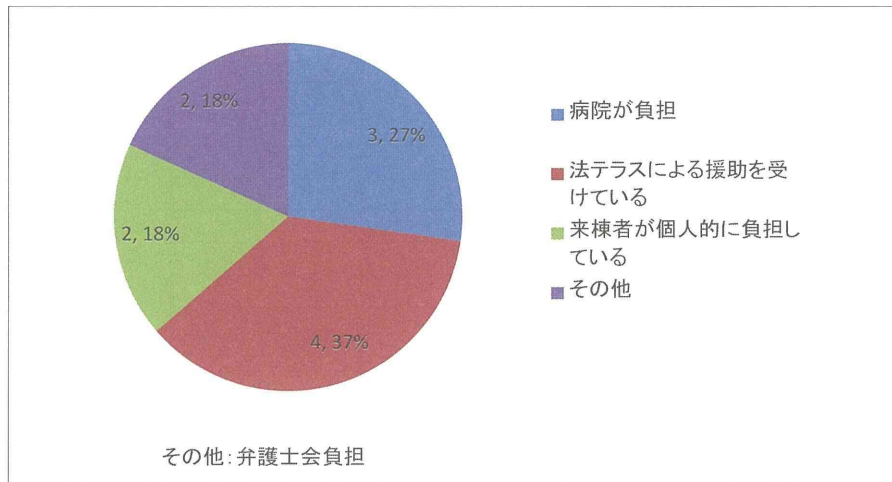


図16 交通費 (N=11施設)

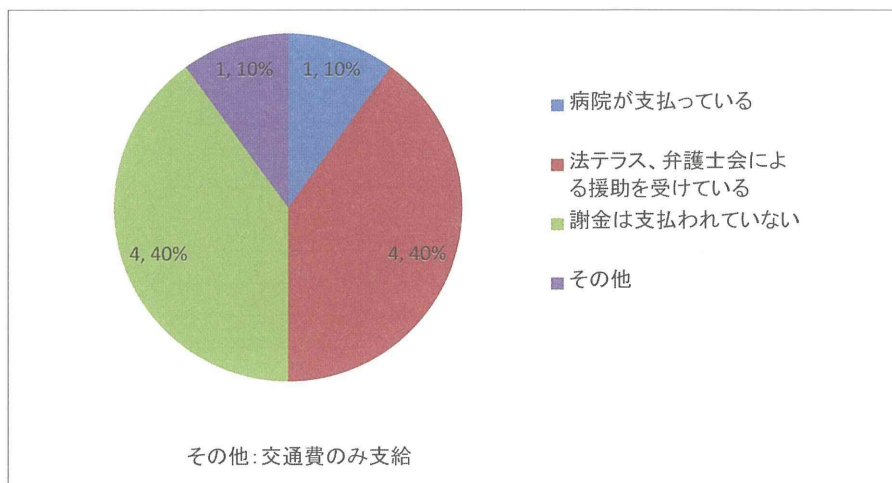


図17 謝礼 (N=10施設)

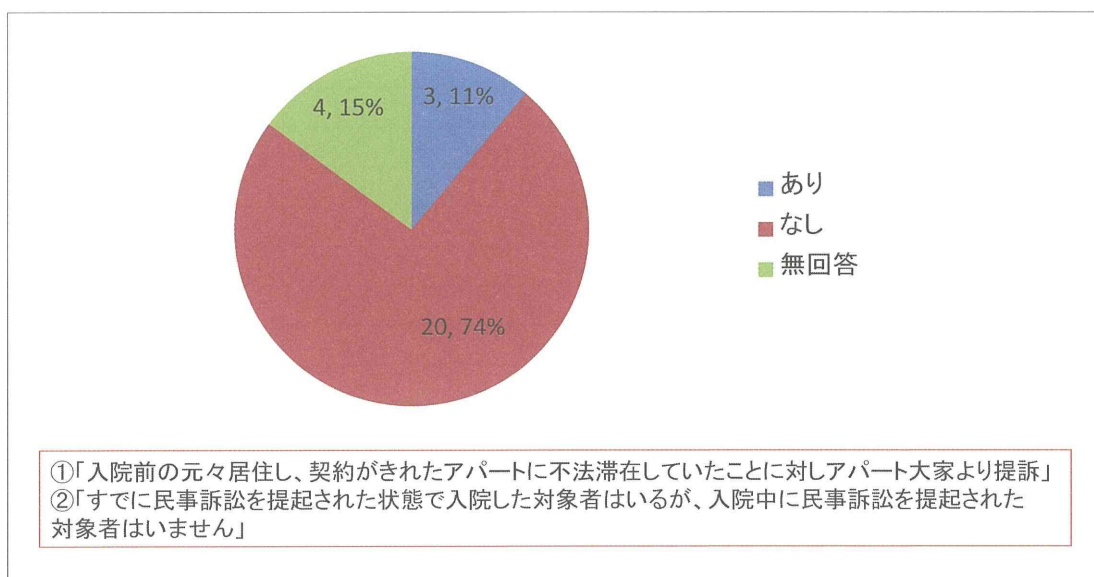


図18 民事訴訟の提起 (N=27施設)

表20 治療同意の取得に困難を要した事例

	件数	対象者数
A	8	6
B	2	2
C	1	1
D	4	4
E	3	3
F	5	5
G	-	-
H	-	-
I	-	-
J	2	1
K	-	-
L	6	6
M	-	-
N	2	1
O	1	1
P	1	1
Q	0	0
R	0	0
S	-	-
T	1	1
U	3	3
V	1	1
W	0	0
X	0	0
Y	5	5
Z	2	2
I	-	-
II	0	0
合計	47	43

表21 同意を得るための働きかけの対象となった治療行為とその結果

治療行為の内容	対象者数	同意を得た		同意は得られなかった	未記入
		MIによる	MI以外の方法		
薬物療法（拒薬）	19	6	5	7	1
薬物療法（処方変更）	5	2	3	0	0
プログラム参加	8	1	3	4	0
面接	1	0	0	1	0
修正型電気けいれん療法	5	2	0	3	0
持効性注射製剤	2	0	1	1	0
不穏時筋肉内注射	1	0	0	1	0
治療拒否	1	0	0	1	0
採血拒否	1	0	0	1	0
合計	43	11	12	19	1

MI: motivational interview

への参加、mECTの施行となっていた。働きかけの結果として、同意が得られた対象者は23名(53.5%)、同意が得られなかった対象者が19名(44.2%)であった。対象者の同意を得るための試みが行われた期間について回答が記載されていた39名の対象者の平均日数は、74.0(±122.1)日(0~560日、中央値14日)であった。同意が得られた対象者の平均日数は、75.8日(1~194日、中央値14日)、同意が得られなかった対象者の平均日数、79.8日(0~560日、中央値14.5日)であった。

D. 考察

昨年度までの調査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、いくつかの課題にしばって考察する。

(1) 倫理会議の開催頻度

これまでと同様に、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、7施設(25.9%)と少数であり、1~2回が2施設(7.4%)、月1回が17施設(63.0%)、必要に応じてが1施設(3.7%)であった。昨年度の調査で、月1回から月2回に開催頻度があがった施設に対して聞き取り調査を行ったが、回数が増加した理由は、審査案件の増加ではなく、地方厚生局の指導によるところが大きかったようである。こうした状況を考えると、平成18~20年度の研究で提案したように、ガイドラインの倫理会議に関する規定を、現行の原則月2回開催するから、議題の有無を問わず、最低月1回は開催するへと改定することが、現時点では、妥当といえよう。

(2) 倫理会議における審査内容

ガイドラインに事前審査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使用、および対象者の同意の得られない向精神薬の

非経口投与については、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。また、mECTに関しては、9施設で、12名の対象者に対して施行されていたが、そのうちガイドラインに明記されている対象者本人の同意のない施行事例は3名であった。クロザピンの投与については現行のガイドラインには明記はされていないが、投与に関する詳細なデータが得られた27名の対象者のうち23名では、倫理会議での事前審査を受けたうえで投与を開始するという丁寧な対応がなされていた。なお、麻酔薬による強力な鎮静が行われ倫理会議で事後審査が行われた事例が、本年度は2施設で3件みられた。事例の詳細は不明であるが、今後の動向を注視する必要がある。

審査結果については、事前評価で継続審査となった事例や事後審査で意見のついた事例も存在しており、倫理会議のセカンドオピニオンとしての機能はおおむね順調に機能していることが示唆された。

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。しかし、クロザピン投与に関する事前審査の対象者76名のうち70名が同一の指定入院医療機関の対象者であったことに示されるように、施設によって対象者に提供される治療の種類に差異が存在しているようである。対象者に対して、どの程度まで治療を積極的に行うかについても、病棟により、多少の差異があるようにも聞く。指定入院医療機関がまだまだ充足しておらず、入院病棟の選択が必ずしも対象者の帰住地との関係で決定されていないような現状を考えると、こうした施設による治療格差は可能なかぎり縮小していく必要性があるのではなかろうか。

(3) 倫理的な問題の生じる可能性が高いと考えられる治療手技について

対象者からの同意が得られない場合には倫理会議による事前審査が義務付けられているmECTと、慎重な投与が定められ、全使用患者について使用開始後のモニタリングを行い、処方する医療機関・薬局についても登録が義務付けられてクロザピンは、精神科臨床における治療手技のなかでも、倫理的な問題が生じる可能性の高いものと考えられる。

本年度の調査の結果によれば回答のあった25施設のうち40%では、修正型電気けいれん療法を施行するための設備が整備されていなかった。また、クロザピンに関しては、回答のあった24施設のうち、導入済は58.3%の施設にとどまり、導入予定なしの施設も16.7%あった。

こうした現状は、これらの治療手技が統合失調症の薬物治療アルゴリズムのなかで事実上、最終手段と位置づけられていることを考慮すると、倫理的な面からも大きな問題があると思われる。医療観察法による医療の要件の1つとして、治療反応性が掲げられている。しかし、治療反応性の有無の評価は、考えられるかぎりの治療をすべて行ったうえで、評価されるべきものである。mECTやクロザピンについても、適応のある対象者が入院してくる可能性がある以上、望むらくはすべての指定入院医療機関において、適応のある対象者に対しては、これらの治療を行えるような体制を整備することが倫理的にも妥当と考えられる。入院中にクロザピンを導入しても、対象者の帰住予定地を考えると地域処遇移行後にクロザピンの継続投与を図ることが困難であるから導入を考えないということもあるやに聞くが、クロザピン自体は一般の精神科臨床でも治療抵抗性の統合失調症患者に使用される抗精神病薬である。クロザピンを投与できる精神科医療機関が地域にないのであれ

ば、地域の精神科医療機関がクロザピン投与可能な施設になれるように、連携体制を構築・整備するような努力が、精神科医療機関はもとより行政にも求められるのではなかろうか。

(4) 喫煙の取り扱いについて

喫煙の取り扱いについては、昨年度は、敷地内全面禁煙3施設(14.3%)、院内病棟外の喫煙可能な場所で喫煙可能2施設(9.5%)、病棟内に喫煙室設置が15施設(71.4%)であったが、本年度は、敷地内全面禁煙7施設(25.9%)、院内病棟外の喫煙可能な場所で喫煙可能3施設(11.1%)、病棟内に喫煙室設置が16施設(59.3%)であった。健康増進法の関係もあって、敷地内全面禁煙の比率があがり、喫煙室を設置して分煙という施設が減少している。禁煙の理由としては、本人や周囲の人の健康保持をあげるものが多く、分煙の理由としては、閉鎖環境におけるさらなる自由の制限に関する抵抗感が多かった。禁煙・分煙ともに抗精神病薬との相互作用や、喫煙によるイライラ感の軽減を理由にあげる施設は少なく、医療者一患者の円滑な関係を理由にあげる施設は皆無であった。

アンケート調査の結果も研究班における討議においても、健康増進の観点から禁煙を推進すべきという意見と喫煙を制限することは喫煙の自由を制限することになるという観点から分煙を維持すべきという意見とが存在していた。

喫煙の自由がわが国の憲法の保障する幸福追求権(憲法13条)の範囲に含まれるか否かについては、学説上も必ずしも明らかではない。最高裁判所の判例は、「喫煙の自由は、憲法一三条の保障する基本的人権の一に含まれるとしても、あらゆる時、所において保障されなければならないものではない」と述べ、断定をさけている。喫煙の自由は、仮に憲法上の根拠があるとしても、表現の自由のよう