

平成23年度厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）

平成21年度～平成23年度 総合研究報告書

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（富山大学経営法学科）
永田 貴子（国立精神・神経医療研究センター 病院、千葉大学大学院医学薬学府）	

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、効率の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。

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、聞き取り調査とアンケート調査によって、医療観察法病棟倫理会議の運用状況を中心とした対象者の人権擁護に関する法的・倫理的な問題に関して検討を行った。

3年間の調査の結果、倫理会議は、ほとんどの病棟で月1回以上開催されており、審査結果についても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。医療観察法病棟全体としては、対象者数や病床数の増加にもかかわらず、対象者の同意によらない治療行為が行われることは多くはない。修正型電気けいれん療法やクロザピンのように統合失調症薬物治療の最終手段と位置づけられている治療手技を行うことができない施設があることについては、今後、倫理的な面からも再検討が必要と思われる。喫煙の取り扱いについては、健康増進の観点から敷地内全面禁煙へと向かう施設が増加傾向にあるが、法的・倫理的には、健康増進以外に、喫煙制限を行うことに関する合理的な理由・根拠があるか否かについて検討する必要がある。携帯電話の使用に関しては、通信の自由の問題とも関連しており、

今後、一般の精神科医療機関における実情の把握とともにさらなる実態調査を行う必要がある。

以上より、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る。

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。

本研究の研究分担者は、平成15～17年度厚生労働科学研究（こころの健康科学研究事業）「触法行為を行った精神障害者の精神医学的評価、治療、社会復帰等に関する研究」（主任研究者：松下正明）の分担研究課題「司法精神医療における精神障害者の人権擁護に関する研究」において、いわゆる司法精神医療に関する対象者の人権擁護に関して、欧米における人権擁護システムや医療観察法における精神障害者の人権擁護に関連する法的・倫理的な課題について検討を行った。また、平成18～20年度厚生労働科学研究（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）の分担研究課題「医療観察法の運用における人権擁護に関する研究」において、医療観察法医療観察法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を中心に聞き取り調査とアンケート調査を行い、対象

者の同意によらない治療行為が行われることは多くないこと、電気けいれん療法やデポ剤の使用のような侵襲性の比較的高い治療行為については、対象者の同意の有無に関わらず倫理会議の審査対象とするなど慎重な対応がなされている病棟も多いこと、倫理会議の運用状況には、施設間の差異が生じていることを明らかにし、施行後の運用状況を踏まえたガイドラインの見直しに関して、提言を行った。

本研究は、これら先行研究の成果を踏まえ、医療観察法の運用現場に対する聞き取り調査やアンケート調査を通じて、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いる。

3年間の研究期間を通じて、医療観察法の指定入院医療機関に対するアンケート調査ならびに聞き取り調査を主体として研究を行い、医療観察法病棟倫理会議の運用と課題を明らかにし、また、医療観察法の施行後の運用状況から明らかとなった法的・倫理的課題に関する検討を行った。

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、研究会議を各年度3回、合計9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年度

①平成21年7月24日

平成20年度までの研究成果の確認と平成21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. 平成22年度

①平成22年7月11日

平成21年度の研究成果の確認と平成22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。

3. 平成23年度

①平成23年7月3日

平成22年度の研究成果の確認と平成23年度の研究計画についての討議。

②平成23年11月19日

聞き取り調査の内容報告、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24年2月4日

アンケート調査・聞き取り調査の結果と最終報告書作成に関する検討。

2) 聞き取り調査の実施

医療観察法の指定医療機関や鑑定入院機関を、精神科医と法律家がペアとなって訪問し、医療観察法の運用に関する法的・倫理的な問題を中心として聞き取り調査を行った。

3) アンケート調査

アンケート施行時点までに開棟していた医

療観察法病棟を対象として、「医療観察法病棟における倫理会議の運用状況に関する調査」を行った。また、医療観察法鑑定入院医療機関に対するアンケート調査も実施した。

＜平成21年度＞

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。

指定入院医療機関向けアンケート調査は、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施設を対象として調査を行い、16施設（ただし1施設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、施設票と個別票の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電気けいれん療法や持続性抗精神病薬（以下、デポ剤）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。

鑑定入院医療機関に対するアンケートは、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、全国の鑑定入院医療機関219施設に対して、調査票を送付し、51.6%に当たる113施設から回答を得た。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・デポ剤の使用方針、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。

＜平成22年度＞

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施設を対象として調査を行い、既に医療観察法病棟を開棟していた24施設から回答を得た。調査票は、施設票と2種類の

個別票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。

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電気けいれん療法や持続性抗精神病薬の使用、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。

＜平成23年度＞

平成23年7月15日現在、医療観察法病棟を開棟している26病院、28病棟を対象として調査を行い、26病院、27病棟から回答を得た。

調査の項目は、①倫理会議の審査実績、②ヒヤリ・ハット（指定入院医療機関における暴力等）事例、③処遇改善請求、④退院許可等の申立て、⑤喫煙・携帯電話使用の状況、⑦アドボカシーサービス、⑧モチベーションインタビュー（治療意欲を引き出す試み）、である。

なお、3年間を通じて、指定入院医療機関向け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」班の他の分担研究班とも項目の調整を行ったうえで、同時に行った。また、平成21年度の鑑定入院医療機関向けの調査は、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。

(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する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
- 平成23年9月7日 国立病院機構菊池病院

2. アンケート調査について

各年度のアンケート調査の集計結果の詳細については、当該年度の研究報告書に示したとおりである。以下、3年間の調査結果から、倫理会議の運用状況ならびに喫煙と携帯電話の取り扱いに関するデータのみを示す。

1) 倫理会議の開催頻度と審査実績

①平成21年度調査の結果

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・開催実績と事前審査の実績を表1に示した。

ガイドラインに規定される原則として月2回開催という施設は5施設にすぎず、月1回が9施設、定期的には開催していないという回答が1施設であった。

表1 倫理会議の開催実績と事前評価の実績

施設	開催頻度	開催実績	デポ剤の使用				非経口投与			
			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	-	-
B	1	11	2	2	2	0	2	2	2	
C	1	9	1	1	1	0	0	0	-	-
D	2	18	0	0	-	-	0	0	-	-
E	2	13	1	1	1	0	0	0	-	-
F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G	1	8	0	0	-	-	0	0	-	-
H	2	19	2	1	2	0	0	0	-	-
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	1	11	2	2	2	-	0	0	-	-
K	1	8	0	0	-	-	0		-	-
L	1	10	0	0	-	-	0	0	-	-
M	2	10	4	1	4	3	4	3	4	2
N	0	1	1	1	1	0	0	0	-	-
O	1	10	0	0	-	-	0	0	-	-
P	1	11	0	0	-	-	0	0	-	-
Q	1	1	0	0	-	-	0	0	-	-
合計		159	13	9	13	3	6	5	6	2

調査期間 平成20年10月1日～平成21年7月15日

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

ガイドラインに規定されている対象者の同意のないデポ剤の使用の審査は、7施設で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施設で6回、5名の対象者について行われていた。なお、電気けいれん療法に関するデータは集計の関係もあり平成21年度は入手できなかった。

表2に倫理会議の事後審査の実績を示した。麻酔薬による強力な鎮静については、実施例がなかった。注射による強制投薬は4施設で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施設で、6回、5名の対象者について審査が行われていた。強制栄養の施行例はなく、通信の制限について1施設で

1回、1名の対象者について審査が行われた。

②平成22年度調査の結果

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・開催実績と事前審査の実績を表3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回開催している施設は5施設にすぎず、月1回または1.25回が14施設、月に0.5回が1施設、定期的には開催していないという回答が1施設であった。

ガイドラインに規定されている対象者の同意のないデポ剤の使用の審査は、3施設で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

表2 倫理会議の事後審査の実績

施設	麻酔薬 回	強制投薬 (注射による)			非同意経口投与			強制栄養			通信の制限			面会 回
		回	人	承認	回	人	承認	回	人	承認	回	人	承認	
A	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
B	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
C	0	30	5	30	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
D	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
E	0	3	4	4	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
F	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G	0	0			1	1	1	0	0	-	0	0	-	0
H	0	2	2	2	0	0	-	0	0	-	1	1	1	0
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
K	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
L	0	1	1	1	1	1	1	0	0	-	0	0	-	0
M	0	0	0	0	4	3	4	0	0	-	0	0	-	0
N	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
O	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
P	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0	0	-	0
Q	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	0
合計	0	36	12	37	6	5	6	0	0	0	1	1	1	0

調査期間 平成20年10月1日～平成21年7月15日

表3 倫理会議の開催と事前審査の実績

施設	開催 頻度	開催 実績	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	2⇒1	21	1	1	1	0	0	0	0	-	-	-	0	0	-	-	-
I	1	12	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

H病院はH22年度より月1回開催
 N、U、W病院は調査期間後に開棟
 T病院は回答なし
 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
 調査期間 平成21年7月16日～平成22年7月15日

ない向精神薬の非経口投与の審査は、3施設
 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施設
 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。

表4に倫理会議の事後審査の実績を示した。
 麻酔薬による鎮静については、平成21年度は

表4 倫理会議の事後審査の実績

施設	麻酔薬				強制注射				非同意経口投薬				隔離				身体拘束				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	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	-	-	1	1	1	0	0	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	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
F	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	13	4	13	0	4	4	4	0	0	0	-	-	0	0	-	-	0	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	-	-	0	0	-	-	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	-	-	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	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-
R	0	0	-	-	0	0	-	-	0	0	-	-	3	2	3	-	2	1	2	0	0	0	-	-	0	0	-	-	0	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	-	-	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	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

調査期間 平成21年7月16日～平成22年7月15日

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施設で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施設で165回、

127名の対象者について、身体拘束は、10施設で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」とされたものはいなかった。強制栄養については1施設で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。

③平成23年度調査の結果

平成22年7月16日～平成23年7月15日の間の倫理会議の開催頻度・開催実績と事前審査の実績を表5に示した。

開催頻度に関して、ガイドラインで示され

ている通り月2回開催している病棟は7施設に留まり、月1～2回が2施設、月に1回が17施設、「必要に応じて」と回答した施設が1施設であった。

対象者の同意のないデボ剤の使用の審査

表5 倫理会議の開催実績と事前審査の実績

施設	実績		デボ剤					非経口投与					クロザピン				
	回数/月	回数/年	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	2	23	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0	2	2	2	0	0
B	2	23	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C	1	12	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	2	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	2	19	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
G	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
H	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
J	1	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	1	12	0	0	0	0	0	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0
L	1	11	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0
M	2	20	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N	2	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	1	12	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P	1～2	14	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	必要に応じて	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S	1	12	12	75	75	0	0	0	0	0	0	0	12	70	70	0	0
T	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
W	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
X	1～2	21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0
Y	2	20	0	0	0	0	0	5	6	5	0	0	0	0	0	0	0
Z	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
II	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計		355	20	83	82	1	0	13	14	13	0	0	18	76	76	0	0

調査期間 平成22年7月16日～平成23年7月15日

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

は、6施設で20回、83名の対象者について行われていた。83名中、75名は同一施設の対象者であった。そのうち1件については継続審議、その他は全件、倫理会議において承認されていた。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施設で13回、14

名の対象者について行われていた。クロザピンの投与に関しては、4施設で18回、76名の対象者について審査が行われていた。このうち、70名は同一の指定入院医療機関の対象者であった。

表6に倫理会議の事後審査の実績を示した。

表6 倫理会議の事後審査の実績

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	0
B	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
C	0	-	-	-	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	0
E	0	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	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	0
K	0	-	-	-	6	3	6	0	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	0
M	0	-	-	-	0	0	0	0	6	3	6	0	0	0	0	0	0	0
N	0	-	-	-	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
O	0	-	-	-	1	1	1	0	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	0
Q	0	-	-	-	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	0
S	0	-	-	-	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	0
U	0	-	-	-	18	2	18	0	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	0
W	0	-	-	-	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	0
Y	0	-	-	-	2	2	2	0	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	0
I	0	-	-	-	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	0
合計	3	3	3	0	49	19	49	1	9	6	9	0	0	0	0	0	0	0

調査期間 平成22年7月16日～平成23年7月15日

麻酔薬による鎮静は、平成23年度は、2施設で3件3名に認められた。注射による強制投薬は12施設で49回、19名の対象者について行われていた。非同意の経口投与については、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) 喫煙の取り扱いについて

図1に、医療観察法病棟における喫煙の取り扱いに関する調査結果を年次別に示した。喫煙の取り扱いについては、病棟内に喫煙室を設け分煙としている病棟が大多数であるが、健康増進法などの影響もあって敷地内全面禁煙とする施設が年々増加している。図2に平成23年度調査の結果より、病棟における喫煙の取り扱いの理由について尋ねた質問に対する回答を示した。「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ていた。

3) 携帯電話使用の取り扱いについて

①平成21年度調査の結果

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施設、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施設、社会復帰訓練で必要な場合のみ使用可という回答が2施設、病棟内でも使用可という回答が3施設であった。

②平成22年度調査の結果

携帯電話の使用に関しては、全面使用禁止という回答が11施設、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施設、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施設、病棟内でも使用可という回答が4施設、その他（小規模病棟におい

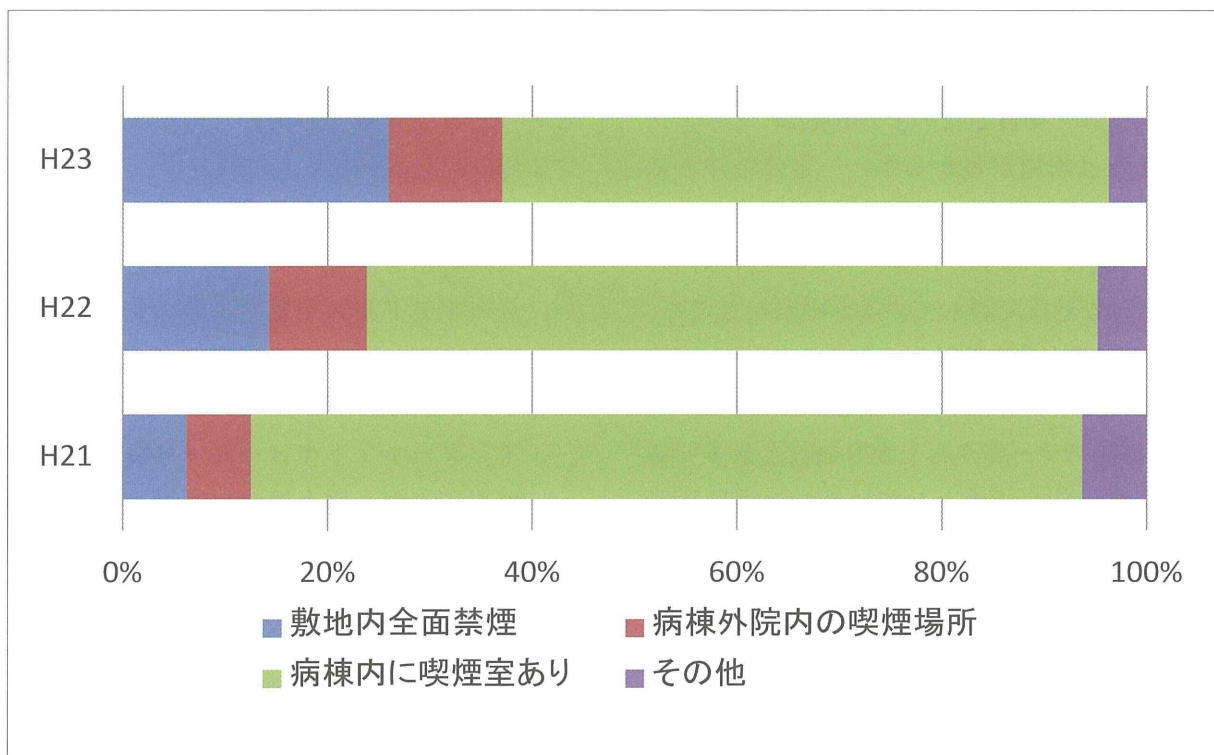


図1 喫煙の取り扱い

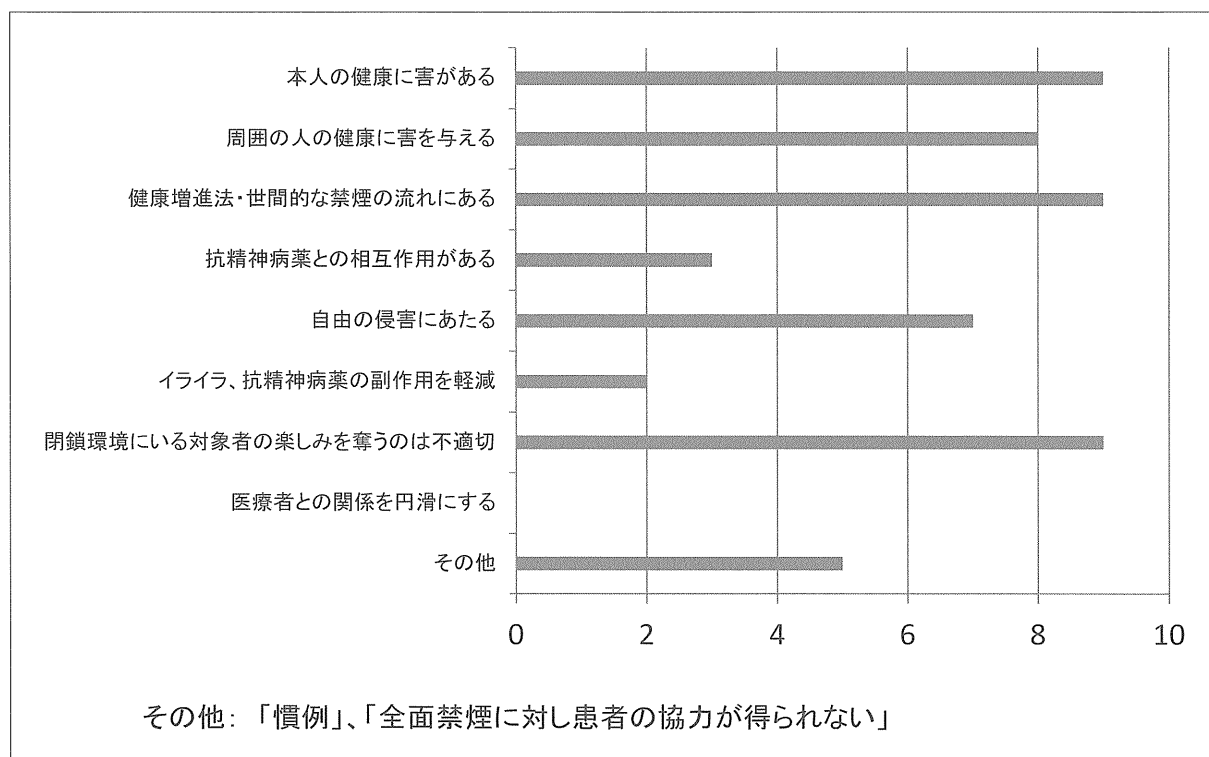


図2 全面禁煙にしている・していない理由 (27施設、複数回答)

て検討中) 1施設であった。

③平成23年度調査の結果

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施設であった。「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。

個人所有の携帯電話に関する自由記載の中

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になることがある
- ・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。

医療観察法病棟の管理・所有する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。

どのような状況下で貸し出すか尋ねた質問に対しては、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。

D. 考察

この3年間に行った聞き取り調査の結果とアンケート調査の結果を踏まえて、医療観察法病棟倫理会議のあり方について、以下、考察する。

1) 倫理会議の開催頻度

結果で示したように、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、平成21年度5施設（35.7%）平成22年度5施設（23.8%）、平成23年度7施設（25.9%）と少数にとどまるが、「必要に応じて開催する」と回答した1施設を除くすべての施設では、月1回以上の頻度で定期的に倫理会議が開催されていた。

平成22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回は開催すると改定することが、現時点では、

妥当と考えられる。

2) 倫理会議の審査状況

結果に示したように、3年間を通じて、医療観察法病棟の整備がすすみ、調査対象病棟、運用日数、病床数、入院対象者数の増加を考慮に入れば、医療観察法病棟において対象者の同意によらない医療が行われる事例は多くはないといえる。事前審査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。しかし、ごく少数ではあるが、強制的薬物投与や隔離などが頻回に行われている対象者が存在しており、今後も、対象者の同意の得られない治療や行動の制限などに関して、倫理会議の審査状況の動向を注視していく必要があるだろう。

ただし、倫理会議の審査内容・件数をみても、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。

平成23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

医療観察法病棟内における喫煙の取り扱いは、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としてあがることも多く、

医療観察法病棟に勤務する職員からも統一的な対応方針の策定が望まれる対象者の処遇上の問題である。

健康増進法の施行をはじめとした政府の政策もあり、3年間を通じて敷地内全面禁煙とする施設が増加傾向にある。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。また、喫煙の自由は、仮に憲法上の根拠があるとしても、表現の自由のような重要度の高い権利とはいえ、喫煙の規制が必要であり合理的な根拠があれば、これを違憲とすることはできないようである。海外の精神科病院における喫煙制限の状況をも、精神科病棟は対象外とされている国もある。

喫煙制限の問題は、医療観察法病棟に入院している対象者だけの問題ではなく、一般の精神科病棟に強制入院中の患者のすべてにあてはまる問題である。全面禁煙にするにせよ分煙を維持するにせよ、健康増進以外に、喫煙制限を行うことに関する合理的な理由・根拠があるか否かについて検討されることが、法的・倫理的には必要なようである。

5) 携帯電話の取り扱いについて

携帯電話の使用に関しては、一部の精神科病院では、閉鎖病棟内であっても本人の責任で使用を許可している病院も存在しており、そうした病院のなかには医療観察法鑑定入院医療機関として鑑定を行っている病院もある。

医療観察法病棟における携帯電話使用の現状をみると、病棟が所有・管理する携帯電話の貸し出しはほとんどの施設で行われているものの、外泊・外出中など病棟外での使用が想定されていた。個人所有の携帯電話については、37.0%の施設では、対象者本人には一切渡さないと回答しており、一定の条件のもとに渡すという施設でも、病棟内での使用は禁止という施設(35.7%)もある。病棟内で使用可能とする施設(50.0%)では、スタッフの付き添いまたは目の届く範囲での使用が条件となっていた。

個人所有の携帯電話を渡さない理由としては、通話機能のみならず写真撮影機能やインターネットやメールなどの通信機能を有する機器であり、個人情報保護の観点から渡さないという理由のほか、紛失・盗難などの防止、携帯電話利用料金支払いのトラブル防止などの理由があげられていた。

携帯電話の取り扱いに関して検討するさいに考慮する必要があるのは、通信の自由という精神保健福祉法でも保障されている基本的人権の制限を行うことが法的・倫理的に妥当であるかどうかという問題であり、医療観察法病棟における携帯電話の使用状況を調査することだけでは十分な議論を行うことはできない。また、携帯電話使用の問題も喫煙の取り扱いと同様に、医療観察法病棟入院中の対象者にかぎらず、一般の精神科病床に強制入院中の患者にも当てはまる問題である。医療観察法病棟における公衆電話の使用状況を把握するとともに、一般精神科病床における公衆電話・携帯電話の使用状況に関する調査の

結果も踏まえたうえで、法的・倫理的検討を行う必要があると思われる。

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。

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、聞き取り調査とアンケート調査によって、医療観察法病棟倫理会議の運用状況を中心とした対象者の人権擁護に関する法的・倫理的な問題に関して検討を行った。

3年間の調査の結果、倫理会議は、ほとんどの病棟で月1回以上開催されており、審査結果についても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。医療観察法病棟全体としては、対象者数や病床数の増加にもかかわらず、対象者の同意によらない治療行為が行われることは多くはない。修正型電気けいれん療法やクロザピンのように統合失調症薬物治療の最終手段と位置づけられている治療手技を行うことができない施設があることについては、今後、倫理的な面からも再検討が必要と思われる。喫煙の取り扱いについては、健康増進の観点から敷地内全面禁煙へと向かう施設が増加傾向にあるが、法的・倫理的には、健康増進以外に、喫煙制限を行うことに関する合理的な理由・根拠があるか否かについて検討する必要がある。携帯電話の使用に関しては、通信の自由の問題とも関連しており、今後、一般の精神科医療機関における実情の把握とともにさらなる実態調査を行う必要がある。

以上より、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る。

F. 研究発表

1. 論文発表

五十嵐禎人：医療観察法における強制的治療
審査と一般精神医療への拡大. 臨床精神薬
理 14（1）65-74（2011）

五十嵐禎人 医療観察法における対象者の人
権擁護——医療観察法病棟倫理会議を中心
に 刑法・刑事政策と福祉. 尚学社 68-87
頁 2011

2. 学会発表

なし

G. 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

研究成果の刊行に関する一覧

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
村上 優	触法精神障害者の自殺	精神科治療学	25(2)	231-236	2010
村上 優	医療観察法と多職種チーム医療	日本精神科病院協会雑誌	30	759-764	2011
村上 優	医療観察法の存続は可能か・指定入院医療機関より	精神神経学雑誌	113 (5)	468-476	2011
村上 優	物質使用障害の精神鑑定の実際	精神医学	53 (10)	973-981	2011
松原三郎	医療観察法対象者の地域サポートの将来像	臨床精神医学	38(5)	641-645	2009
松原三郎	触法精神障害者の地域ケアはいかにあるべきか	臨床精神医学	39(10)	1321-1328	2010
松原三郎	医療観察法における通院処遇	法と精神医療	26,	54-64	2011
松原三郎	通院処遇の実際と問題点	Schizophrenia Frontier	12 (3)	167-172	2011
武井満	医療観察法と処遇困難患者	臨床精神医学	38	709-713	2009
武井満	人格障害ケースの非自発入院を考える	日精協誌	28	33-37	2009
武井満	司法精神医学の「未来」	司法精神医学	5	34-43	2010
来住 由樹	心神喪失者等医療観察法の運用の現状と今後の見直し	法と精神医療	25	54-65	2010
美濃由紀子, 龍野浩寿, 宮本真巳,	指定入院医療機関と特定医療施設における司法精神医療の現状と課題ー医療観察法の指定入院医療機関等に関する改正附則第2条をめぐってー	日本精神科看護学会誌	53 (2)	222-226	2011
美濃由紀子, 牧野貴樹, 宮本真巳,	指定通院医療機関における触法精神障害者の治療・ケアの現状と課題ー多職種チームスタッフの困難感に焦点をあててー	司法精神医学	6(1)	2-9	2011

美濃由紀子, 龍野浩寿, 高橋直美, 宮本真巳,	医療観察法病棟における治療プログラムの実態と運営・般化をめぐる困難—看護師が主催する治療プログラムに焦点をあてて—	日本精神科看護学会誌	54 (2)	61-65	2011
五十嵐禎人	医療観察法における強制的治療審査と一般精神医療への拡大	臨床精神薬理	14 (1)	65-74	2011
松本聡子, 平林直次, 永田貴子, 朝比奈次郎, 瀬戸秀文, 吉住昭	医療観察法入院と精神保健福祉法 25 条措置入院の運用実態について	精神科	20 (1)	89-93	2012

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
五十嵐禎人	医療観察法における対象者の人権擁護—医療観察法病棟倫理会議を中心に	町野 朔 他	刑事政策と福祉-岩井宜子先生古稀祝賀論文集		東京	2011	68-87

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業（精神障害分野）
「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」

平成 21 ～ 23 年度
総合研究報告書

発行日 平成 24（2012）年 3 月
発行者 研究代表者 中島 豊爾
発行所 地方独立行政法人岡山県精神科医療センター
〒700-0915 岡山県岡山市北区鹿田本町 3-16
TEL：086-225-3821 FAX：086-225-3834