

れないことを理由に倫理会議において審査すべき事例が、対象者の同意を得た治療として倫理会議の審査なしに行われている可能性を示唆するところである。なお、病棟別にみると他の審査実績等から治療に積極的と推測される病棟が必ずしも同意の水準を低く捉えているわけではなく、同意に関する考え方は、病棟の治療体制によるものではないようである。

治療行為に関する対象者の同意の問題については、次年度以降の本研究においても引き続き検討を行っていく予定である。

### (5) 暴力行為とその対処

対人暴力は、治療環境を破壊する重大な問題行動であり、発生した際には、運営マニュアル等に定められた方針にしたがって、適切に対処される必要があることはいうまでもないことである。件数は少ないものの回答の得られた病棟の約6割で対人暴力事件が発生しており、約2割の病棟では警察への連絡を要するような程度の対人暴力事件が発生していた。このことは、医療観察法の運用期間が長くなるにつれて、暴力傾性が高く、対応に困難を要する対象者が一定程度入院している可能性を示唆するものといえよう。しかし、その一方で、対象者の同意を得たうえでの治療や、隔離・身体拘束などの行動の制限をなるべく少なくするという医療観察法による医療の理念のために、かえって治療的介入が遅れ、結果として対人暴力がおこっている可能性はないであろうか。医療観察法による医療のもうひとつの理念である適切なリスク・アセスメントとそれに基づくリスク・マネジメントの重要性を改めて強調しておきたい。

警察に連絡した事例では、警察も被害者が他の対象者の事例ではすべて対象者と面接している。警察の最終的な対応については不明ではあるものの、こうした警察の対応は、病棟内での重大な暴力行為の発生を抑止するため

には必要不可欠なことであると思われる。

### (6) 喫煙・携帯電話使用に関して

昨年度に引き続き、医療観察法病棟における喫煙・携帯電話使用に関して、研究協力者の横藤田教授から憲法学の視点からレクチャーを受け、研究班会議において、議論した。その要旨は、以下のとおりである。

#### ① 医療観察法病棟における喫煙の制限について

喫煙の自由が憲法上の権利であるか否かについては、判例・学説上定説をみないが、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ないから、喫煙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だろう（平成23年度報告書参照）。また、禁煙化を強く求める社会の要請には理由があるといわなければならない。

ただ、非任意に収容されている医療観察法病棟の入院者は、人と会う、携帯電話で通話・メールする、インターネットを使う、そして喫煙することなど、一般社会では問題なく自由に行える行為が制限されていることに留意しなければならない。かつては、このような自由制限は当然と見なされていた（特別権力関係の理論）。しかし現在では、特別な法律関係にあるからといって人権制限が容易に正当化されるとは考えられておらず、人権制約の正当性を慎重に検討することは当然視されている。ただし、一定の領域（公務員関係、刑事施設収容等）については、人権の制約のあり方に特殊性があるという見方も有力である。この観点からすれば、喫煙の制限のように、一般的には公権力の行使を厳しく制約すべき自由制限でない場合でも、自由の水準が低下している医療観察法病棟への入院のような場合には、自由制限の必要性・合理性を厳格に精査すべきともいえる。また、人身の自由の拘束自体を目的

とする刑事施設収容に比べ、治療・社会復帰を直接の目的とする入院関係では、自由の制約により敏感であるべきである。少なくとも、全面的な禁煙を強いることには慎重でなければならないと思われる。

今後は、外国の同種の施設における喫煙に関する現状やルールを参照しながら、法の目的に照らして喫煙の規制に必要性・合理性が存在するかを検討しなければならない。

## ② 医療観察法病棟における携帯電話使用の制限について

喫煙の制限と比べれば、携帯電話の使用制限については、「通信の自由」の重要度から、より厳格に精査することが求められる。通信の自由の憲法的根拠については諸説あるものの、憲法21条（表現の自由）によって保障されると解するのが有力であり、「ルールだから」といった漫然とした規制は許されない。通信の手段は携帯電話に限られるわけではないが、現代における携帯電話の普及度やその多様な機能を踏まえれば、使用制限が当然視されるものでもない。通信の自由としての携帯電話使用の功罪を正しく認識したうえで、必要なら規制のあり方を考えることが求められる。

この点で外国の状況が参考となる。例えば、イギリスでは、国営医療制度下の病院における携帯電話の使用について保健省が手引きを出している。それによれば、「他の人や外の世界との関係を発展させる患者の権利」を重視する観点から、患者は病棟を含む病院内で可能な限り携帯電話の使用が認められる。ただし、患者本人・他の患者の安全、電子機器の影響を受けやすい医療機器の機能、国営医療制度のケアの質を担保できるレベルのプライバシーと尊厳、に対する脅威とならない限り、という条件が付されている。また、精神保健法（Mental Health Act）の行為準則（Code of Practice for England）でも、「患者が内々に選んだ人々に会い、コミュニケーションをとるこ

とができる」権利を基に、携帯電話の使用を全面的に禁止することは適当ではないとしつつ、医療・電子機器に作動して患者の健康に悪影響を与えたり、他の患者・職員・訪問者のプライバシーと尊厳を侵害する恐れがある場合には、使用の制限ができる旨、定められている。

今後は、イギリス以外の国のルールをも分析しながら、携帯電話使用の功罪と適正な使用規制のあり方を探っていきたい。

## 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、憲法学者、弁護士）と精神科医からなる研究班を組織し、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。

倫理会議の開催頻度については、ほとんどの病棟で月1回以上開催されており、クロザピンの使用も倫理会議の審査対象とするなど丁寧な対応がとられていた。審査結果についても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。修正型電気けいれん療法やクロザピンに関しては、使用可能な病棟が増えており、こうした傾向は倫理的にも望ましいと思われた。

対象者の治療に関する同意の取り扱いや喫煙・携帯電話使用については、今後、一般の精神科医療機関や諸外国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と考えられた。

## F. 研究発表

### 1. 論文発表

五十嵐禎人：医療観察法の現状と課題－医療観察法鑑定を中心に. 日本精神科病院協会雑誌2012 31(7) 28-32.

### 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

# 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

## (施設票)

平成 24 年度 厚生労働科学研究費（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対象者の人権擁護のあり方に関する研究」

本調査票は、医療観察法病棟における医療において、対象者の人権擁護を図るために設置されている医療観察法病棟倫理会議の運用状況や処遇改善請求・退院許可等の申立ての取り扱い状況など、対象者の人権擁護に関連した法的・倫理的な事項に関して、医療観察法病棟全体の統計的なデータを収集・解析することを目的としております。

回答にあたっては、医師に限らず、各病棟の状況に応じて、看護師、精神保健福祉士、事務職員の方にご記入いただいてもかまいませんし、それぞれの間で分担してご記入いただいてもかまいません。

回答いただいた結果は集計・解析のうえ、厚生労働科学研究の報告書として公表いたします。ただし、個別の病棟のデータを掲載するのは、平成 23 年度の報告書と同様に、倫理会議の審査実績、処遇改善請求・退院許可の申立ての状況に関するデータのみであり、その場合も病棟名は匿名化したうえで公表いたします。それ以外のデータに関しては、病棟個別のデータは公表せず、全体のデータのみを公表いたします。その他、学会・論文発表に使用することがあります。

医療観察法病棟における医療の透明性を担保するためにも重要な調査と考えておりますので、ご協力よろしくお願いいたします。

### 【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。
- 調査期間は、平成 23 年 7 月 16 日から平成 24 年 7 月 15 日の 1 年間としています。貴病棟が、平成 23 年 7 月 16 日以降に開棟された場合には、平成 23 年 7 月 16 日を病棟開設以来と読み替えてご回答ください。
- 該当する件数・人数がない場合には、空欄とせず×をご記入ください。
- 選択肢のある設問に関しては、あてはまる選択肢を 1 つ選び、( ) 内に○をつけてください。また、必要に応じて括弧内に数字等をご記入ください。
- 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、すべての質問にご回答ください。
- 質問の最初に【複数回答】と書いてある場合は、あてはまる選択肢のすべてに○をつけてください。
- 自由記載の設問については、字数の制限等はありませんのでご自由にお書きください。

貴病院名 ( )

I. 倫理会議の審査実績についてお伺いします。

(I-1) 貴病棟における、平成23年7月16日から平成24年7月15日までの倫理会議の開催について、以下にご記入ください。

開催頻度 月に \_\_\_\_\_ 回  
 実開催回数 \_\_\_\_\_ 回

(I-2) 平成23年7月16日から平成24年7月15日の間に開催された倫理会議において、事前評価の対象とされた治療（同意の有無は問いません）について、以下の表に該当件数をご記入ください。

	審議回数 (回)	審査対象者数 (のべ人数)	倫理会議の評価結果 (件)		
			承認	継続 審議	不承認
持効性注射剤の使用					
上記以外の向精神薬の 非経口投与					
クロザピンの使用					

(I-3) 平成23年7月16日から平成24年7月15日の間に開催された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	
	のべ回数 (回)	対象者数 (人)	承認 (件)	意見あり (件)
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				

(I-4) ガイドラインでは、対象者の同意が得られない医療行為については、倫理会議の審査対象とするよう定められています。貴病棟において、対象者の同意の有無の判定について、どのように行われていますか。治療行為ごとに、貴病棟での対象者の同意の取扱いについて、以下の表のあてはまるところに○をつけてください。

	対象者が治療を積極的に拒んでいなければよい	治療の内容・効果についての理解を問わず、対象者が同意していればよい	対象者が治療の内容・効果を理解したうえで、同意していなければならない
電気けいれん療法			
持効性注射製剤			
向精神薬の注射			
向精神薬の経口投与			

II. 平成23年7月16日から平成24年7月15日の間に、貴病棟入院中の対象者の起こした暴力行為（人に対する暴力行為で、暴言など言語的な暴力行為は除きます：なお、器物損壊など物に対する暴力行為も除きます）について、以下の表に該当件数をご記入ください。

	のべ件数	暴力行為の被害者の内訳（のべ件数）			
		他の対象者	病院職員	面会者（家族等）	その他（外出中など）
ア	暴力行為の総数				
イ	アのうち警察に連絡した数				
ウ	イのうち警察官が対象者と会った数				

III. 貴病棟における処遇改善請求に関してお伺いします。

(III-1) 平成23年7月16日より平成24年7月15日の間に、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。

( ) あった ( ) なかった

**\*\*以下(III-2)～(III-5)の設問は、(III-1)で「あった」と回答された方のみお答えください。それ以外の方は(IV-1)にお進みください。\*\***

(III-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( )人

(Ⅲ－３) 地方厚生局での処遇改善請求の取り扱いについて、以下にご記入ください。

	のべ人数 (名)	実人数 (名)
問い合わせ中の対象者自身による取り下げ		
社会保障審議会へ		

(Ⅲ－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) 処遇は不相当と認める ( ) 件
- 3) 次回への継続審査 ( ) 件
- 4) 平成 24 年 7 月 15 日現在審査中 ( ) 件

#### IV. 貴病棟における退院許可・医療終了の申立てについてお伺いします。

(IV－１) 平成 23 年 7 月 16 日より平成 24 年 7 月 15 日の間に退院許可・医療終了の申立てが行われた事例について、下の表にご記入ください。

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

(IV－２) 平成 23 年 7 月 16 日より平成 24 年 7 月 15 日の間に裁判所の決定の出た退院許可・医療終了の申立ての**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】 (件)	容認 【医療終了】 (件)
	のべ人数 (名)	実人数 (名)		
病院側 (貴院の管理者)				
対象者側 (貴院の管理者以外)				

(IV－３) 平成 23 年 7 月 16 日より平成 24 年 7 月 15 日の間に裁判所の決定の出た退院許可・医療終了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	1～3ヶ月	3～6ヶ月	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)				

(IV-4)平成23年7月16日より平成24年7月15日の間に裁判所の決定の出た退院許可・医療終了の審判について、下の表に該当件数をご記入ください。

申立者	審判決定の総数	審判期日の開催された件数
病院側（貴院の管理者）		
対象者側（貴院の管理者以外）		

(IV-5)平成23年7月16日より平成24年7月15日の間に裁判所の決定の出た退院許可・医療終了の審判のうち、審判期日が開催された事例の開催場所について、下の表に該当件数をご記入ください。

申立者	裁判所	病院	その他
病院側（貴院の管理者）			
対象者側（貴院の管理者以外）			

**V. アドボカシーサービス（外部から権利擁護の専門家が病棟を訪問して、対象者から相談を受けるサービス）についてお伺いします。**

(V-1) 貴病棟に、定期的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。

- ( ) 定期的に行われている
- ( ) 不定期だが行われている
- ( ) 一度も行われたことはない

**\*\* (V-2) (V-3) は、(V-1) で「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。 \*\***

(V-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すべてに○をつけてください。

- ( ) 弁護士
- ( ) 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
- ( ) 法務局など公的人権擁護機関の職員
- ( ) その他 ( )



(V-3) アドボカシーサービスの費用負担はどのようになっていますか。あてはまるものを1つ選び( )に○をつけてください。

【交通費について】

- ( ) 病院が負担している
- ( ) 法テラスによる補助を受けている
- ( ) 来棟者が個人的に負担している
- ( ) その他( )

【謝礼について】

- ( ) 病院から支払っている  
⇒よろしければ、来棟1回あたりの金額をご記入ください  
( ) 円
- ( ) 病院からは支払っていないが、法テラスによる補助を受けている
- ( ) 謝礼は支払われていない
- ( ) その他( )

VI. 平成23年7月16日より平成24年7月15日の間に、入院中の対象者に関して、民事訴訟が提起された事例はありますか。

- ( ) なかった
- ( ) あった ⇒ ( ) 件

さしつかえのない範囲で具体的な内容について以下にご記入ください。

ご協力ありがとうございました。記入漏れがないかご確認ください。

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）

医療観察法の向上と関係機関の連携に関する研究

（研究代表者：中島 豊爾）

分担研究

## 通院医療の質的向上に関する研究

平成 24 年度

分担研究報告書

平成 25（2013）年 3 月

分担研究者 藤井 康男

地方独立行政法人山梨県立病院機構山梨県立北病院長

研究協力者：

宮田 量治（山梨県立北病院）

三澤 史斉（山梨県立北病院）

#### 研究要旨

独自に入手したクロザリル患者モニタリングサービス（以下、CPMS）（Clozaril Patient Monitoring Service）登録医療機関のリストをもとに、国内における医療観察法対象者へのクロザピン（Clozapine）投与がどの程度、可能となっているか、特に、通院医療へ移行後もクロザピン投与が継続できるかどうか注目して医療継続性の観点から検討をおこなった。その結果、医療観察法下でクロザピン治療を実施することにはかなりの困難を伴うことが明らかとなった。本報告書では、現在の整備状況から発生する諸問題を整理した上で、この状況を改善するための方策についても言及した。

## I. 医療観察法下におけるクロザピン治療施設（CPMS登録施設）の整備状況

### A. 研究目的

クロザピン（Clozapine）は治療抵抗性統合失調症治療の重要な選択肢となっているが、よく周知されているように、所定の条件を満たして登録を受けた医療機関でなければ処方できない薬剤である。また、登録に際しては、医療機関にとどまらず、処方に関わる医師、薬剤師、その他のコメディカルスタッフがすべてCPMSに登録しなければならず、登録の際には厳しい条件が課せられている。

医療観察法の対象者の中にもクロザピン投与の適応基準（及び、除外基準）を満たすケースが一定数認められるが、対象者にクロザピンを投与するには、まず第一に当該施設が医

療観察法の指定を受けた指定入院医療機関であるとともにCPMSへ登録された医療機関であることが条件となる。また、通院治療に移行後もクロザピン投与が必要となる場合、当該施設は医療観察法の指定を受けた指定通院医療機関であるだけでなくCPMSへ登録された医療機関であることが条件となる。現状、CPMSに登録された医療観察法の指定医療機関がどの程度整備されているかは不明であり、本研究においては、独自に入手した資料にもとづいて医療観察法指定医療機関におけるCPMS登録の現状を把握するとともに全国の自治体におけるCPMS登録・指定医療機関の整備状況について検討を行った。

なお、クロザピンは国内においてはクロザリル（Clozaril）の商品名で市販されている薬剤であるが、本報告書においては、薬剤名にもとづいて記載を行った。

表1. 医療観察法医療システムにおけるCPMS登録医療機関の整備状況

自治体 番号	①自治体内 の指定入院 医療機関数	②CPMS登 録・指定入 院医療機関 数	③自治体内 における CPMS登録 医療機関数	④CPMS登 録・指定通 院医療機関 数	⑤CPMS登 録医療機関 における指 定通院医療 機関資格取 得率	⑥自治体総 人口に対す るCPMS登 録・指定通 院医療機関 所在二次医 療圏の人口 比率	⑦医療観察 法下におけ るクロザピ ン治療継続 性
1	1	1	8	4	0.50	0.94	あり
2	1	1	12	7	0.58	0.81	あり
3	1	1	4	2	0.50	0.53	あり
4	1	1	4	2	0.50	0.53	あり
5	1	1	7	2	0.29	0.46	あり
6	1	1	4	2	0.50	0.37	あり
7	1	0	4	2	0.50	0.70	
8	0	0	5	2	0.40	0.60	
9	0	0	8	3	0.38	0.49	
10	1	0	9	5	0.56	0.45	
11	1	1	3	1	0.33	0.50	あり
12	1	1	2	1	0.50	0.35	あり
13	1	1	3	1	0.33	0.19	あり
14	1	1	6	1	0.17	0.18	あり
15	1	1	3	1	0.33	0.16	あり
16	2	1	5	1	0.20	0.12	あり
17	2	2	16	1	0.06	0.10	あり
18	1	1	4	1	0.25	0.10	あり
19	1	1	6	1	0.17	0.06	あり
20	0	0	3	1	0.33	0.71	
21	0	0	3	1	0.33	0.57	
22	0	0	2	1	0.50	0.50	
23	0	0	2	1	0.50	0.44	
24	0	0	3	1	0.33	0.40	
25	0	0	2	1	0.50	0.37	
26	0	0	2	1	0.50	0.30	
27	0	0	3	1	0.33	0.26	
28	0	0	7	1	0.14	0.23	
29	0	0	3	1	0.33	0.18	
30	0	0	3	1	0.33	0.17	
31	1	0	3	1	0.33	0.16	
32	0	0	1	1	1.00	0.13	
33	0	0	2	1	0.50	0.10	
34	0	0	4	1	0.25	0.10	
35	2	0	5	1	0.20	0.03	
36	1	1	1	0	0.00	0.00	
37	1	1	2	0	0.00	0.00	
38	1	1	2	0	0.00	0.00	
39	1	1	2	0	0.00	0.00	
40	1	1	3	0	0.00	0.00	
41	0	0	2	0	0.00	0.00	
42	0	0	5	0	0.00	0.00	
43	0	0	1	0	0.00	0.00	
44	0	0	1	0	0.00	0.00	
45	0	0	1	0	0.00	0.00	
46	1	0	1	0	0.00	0.00	
47	0	0	1	0	0.00	0.00	
合計	-	-	183	56	-	-	-
1以上と なる自治 体数	25	20	47	35	-	-	-

## B. 研究方法

### 1. 検討資料について

本研究ではクロザリル適正使用委員会ホームページ等により入手した資料により以下のような検討を行うことができた。本資料は2012年8月時点における全国のCPMS登録医療機関のリストであり、①病院名、②住所が掲載されている。最終的な資料としては、CPMS登録医療機関が③指定入院医療機関かどうか、④指定通院医療機関かどうかを独自に調査した。本研究においては、病院名が特定されないように配慮を行い、また、自治体名が特定できないような集計方法を採用した。

### 2. 自治体の整列方法

前項1の資料をもとに「医療観察法治療システムにおけるCPMS登録医療機関の整備状況」を自治体別に表1にまとめた。

この表1には、①自治体内の指定入院医療機関数、②CPMS登録・指定入院医療機関数、③自治体内におけるCPMS登録医療機関数、④CPMS登録・指定通院医療機関数、⑤CPMS登録施設における指定通院医療機関資格取得率、⑥自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在地二次医療圏内の人口比率、⑦医療観察法下におけるクロザピン治療継続性を掲載しており、本研究ではCPMS登録・指定通院医療機関の整備状況に特に注目していることから以下のような3段階のステップにより自治体を整列した。自治体番号は最終的な整列順により1から47に割り付けてあり表1中の情報から各自治体名を特定することはほとんど不可能となっている。また、②と④の該当数が1以上となる自治体では当該の数字の背景を色付きとして0である自治体との区別が明瞭になるようにした。

#### 自治体の整列方法

##### 第1ステップ (④についての整列)

④の多い順に自治体を整列し、複数ある自治体、1つある自治体、当該施設が1つもない自治体の3群に区分した。

##### 第2ステップ (②についての整列)

第1ステップで区分された群毎に、②の多い順に自治体を整列し、結果、1つ以上ある自治体、1つもない自治体の2群に区分した。

##### 第3ステップ (⑥についての整列)

第2ステップで区分された群毎に、⑥の多い順に自治体を整列した。

### 3. 自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率

自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率は以下のように計算されるものである。

例えば、5つの二次医療圏があるX県の人口は100万人、人口分布は表2-1のようなものであるとすると、自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率は、 $200,000/1,000,000$ により、0.2と計算される。

表2-1 X県における二次医療圏・人口・当該施設の有無

X県における二次医療圏名	人口	CPMS登録・指定通院医療機関あり
A	200,000	あり
B	200,000	なし
C	200,000	なし
D	200,000	なし
E	200,000	なし

一方、5つの二次医療圏があるY県の人口は100万人、人口分布は表2-2のようなものであるとすると、自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率は、 $600,000/1,000,000$ により、0.6と計算される。

表2-2 Y県における二次医療圏・人口・当該施設の有無

Y県における二次医療圏名	人口	CPMS登録・指定通院医療機関あり
a	600,000	あり
b	100,000	なし
c	100,000	なし
d	100,000	なし
e	100,000	なし

人口分布に偏りのあるY県において、もしCPMS登録・指定通院医療機関が2つあり、その所在地が表2-3のように偏在していたとすると、自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率は、 $(100,000+100,000)/1,000,000$ により、0.2と計算される。

表2-3 Y県における二次医療圏・人口・当該施設の有無

Y県における二次医療圏名	人口	CPMS登録・指定通院医療機関あり
a	600,000	なし
b	100,000	あり
c	100,000	あり
d	100,000	なし
e	100,000	なし

以上により明らかなように、自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率は、当該施設の所在する二次医療圏の人口規模が大きいほど高い値となり、自治体内に複数の当該施設があったとしても、所在する二次医療圏の人口の和が少なければ人口比率は低い値をとる。

本研究ではこの比率を指定通院医療機関へのアクセス性（通院しやすさ）の指標として用いている。対象者の帰住地は、確率的には自治体内の人口分布と同様の分布となると仮

定できるから、例えば、表2-2のY県においては、ある対象者の帰住地は60%の確率で二次医療圏aになると考えられる。対象者の帰住先と同じ二次医療圏内にCPMS登録・指定通院医療機関があれば、おそらく、その対象者にとって通院負担はその地域において許容できる範囲のものとなるであろう。したがって、自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率が1に近いほど医療機関へのアクセス性が良好であり、0に近いほど医療機関へのアクセス性が不良になると考えられる。本研究では、施設整備の結果、どの自治体においてもこの人口比率が0.5以上となることが望ましく、0.2未満では問題が大きいとして検討を行った。

また本研究においてはインターネット上で容易に入手できる平成20年度の二次医療圏区分（全国248カ所）、及び、平成19年3月31日時点の住民基本台帳にもとづく人口データをもとに⑥の人口比率を計算した。

#### 4. 医療観察法下におけるクロザピン治療継続性

医療観察法下におけるクロザピン治療継続性については、入院から通院に至るすべてのプロセスにおいて対象者がクロザピン治療を受けられるかどうか注目し、自治体内で入院・通院治療がいずれも可能な場合、クロザピン治療が完全に実施できる自治体として表1中に「治療継続性あり」と記載した。クロザピン治療継続性については自治体を「入院・通院可」「入院のみ可」「通院のみ可」「入院・通院不可」の4つのカテゴリーに区分した。

（倫理面への配慮）

本研究においては病院名については結果の分析にあたった研究者とは別の担当者が集計しており個人情報収集していないため倫理的配慮は不要と考えられる。

## C. 研究結果

### 1. CPMS登録・指定入院医療機関の整備状況 (表1の②を参照)

2012年8月時点におけるCPMS登録・指定入院医療機関数は全国28施設中、21施設であり、指定入院医療機関におけるCPMS登録率は75.0%であった。このうち同一自治体内に2つの認定施設がある自治体が1カ所あり、CPMS登録・指定入院医療機関がある自治体は20で

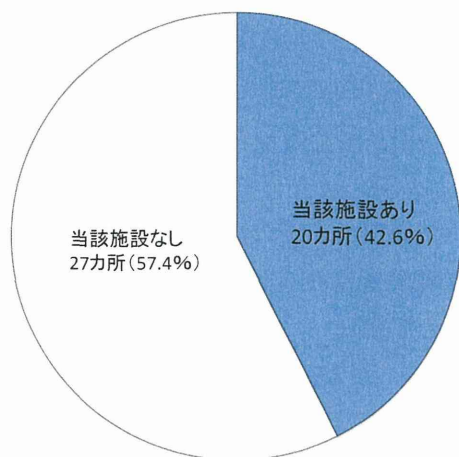


図1. 自治体のCPMS登録・指定入院医療機関の整備状況 (2012年8月時点)

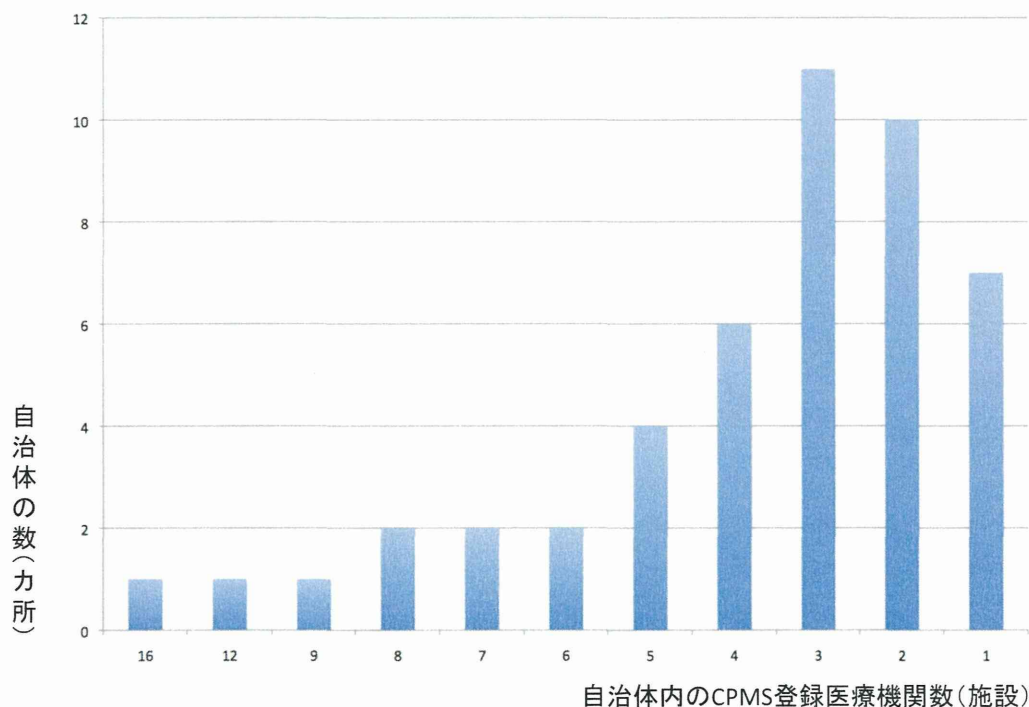


図2. 自治体内のCPMS登録医療機関数 (2012年8月時点)

あった。したがって当該施設のある自治体は全国47自治体中、20カ所 (42.6%) となり、当該施設のない自治体は27カ所 (57.4%) であった (図1)。

### 2. 自治体内におけるCPMS登録医療機関数 (表1の③を参照)

2012年8月時点におけるCPMS登録医療機関数は全国で183施設あり、自治体内の登録施設数が最も多いのはNo. 17の自治体で16施設あった。登録施設数が10以上ある自治体は、No. 17とNo. 2の自治体の2カ所である一方、自治体内に登録施設が1施設しかない自治体が7カ所 (14.9%) あった (図2)。

人口100万人あたりのCPMS登録医療機関数は、平均1.89施設であり、最大4.57施設、最小0.28施設であった。したがって人口当たりの登録施設数の格差は16.3倍であった。また人口100万人あたりのCPMS登録医療機関が1未満の自治体は10カ所 (21.3%) であった。

### 3. 自治体におけるCPMS登録・指定通院医療機関の整備状況（表1の④を参照）

自治体におけるCPMS登録・指定通院医療機関は全国で56施設あり、そのうち、7施設の自治体が1カ所あり、次いで、5施設、4施設、3施設の自治体が各1カ所あったが、当該施設が複数ある自治体においては2施設の自治体をもっとも多く6カ所（60.0%）であった（図3）。また、B. 研究方法において記載したように、自治体整列のための第1ステップとして全国47の自治体をCPMS登録・指定通院医療機関が「2施設以上ある自治体」「1施設ある自治体」「当該施設が1つもない自治体」の3群に区分したところ、各群はそれぞれ10（21.3%）、25（53.2%）、12（25.5%）となり、CPMS登録・指定通院医療機関が最低1施設ある自治体の比率は74.5%であった（図4）。

### 4. CPMS登録医療機関における指定通院医療機関資格取得率（表1の⑤を参照）

CPMS登録医療機関における指定通院医療機

関資格取得率は、CPMS登録医療機関に対するCPMS登録・指定入院医療機関の比率であり、最大はNo. 32の自治体で1.0となり、0.5以上の自治体は14カ所（29.8%）あった。CPMS登録医療機関が自治体内に1つもない自治体は全国に1カ所も存在しないもののCPMS登録・指定通院医療機関数（表1の④に相当）が0の自治体12カ所（No. 36からNo. 47の自治体）のうち6つの自治体（No. 36、及び、No. 43からNo. 47の自治体）では当該施設がそもそも1施設しかなかった。一方、No. 42の自治体のように自治体内にCPMS登録医療機関が5施設もあるのにCPMS登録・指定通院医療機関が1施設もない自治体も認められた。

### 5. 自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率（表1の⑥を参照）

自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率の平均は0.26、最大はNo. 1の自治体で0.94となり、次い

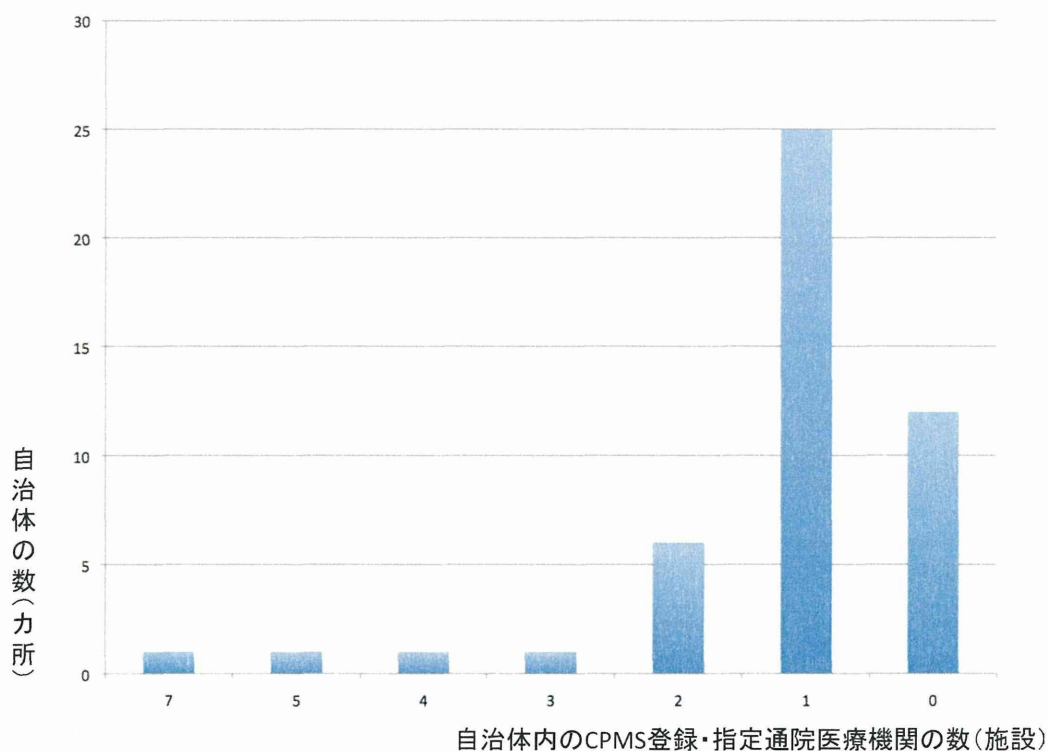


図3. 自治体内のCPMS登録・指定通院医療機関数（2012年8月時点）



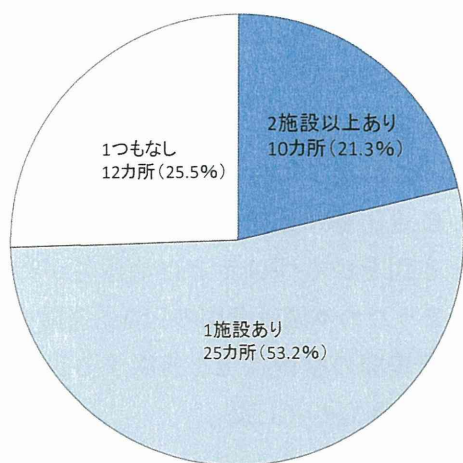


図4. 自治体のCPMS登録・指定通院医療機関の整備状況（2012年8月時点）

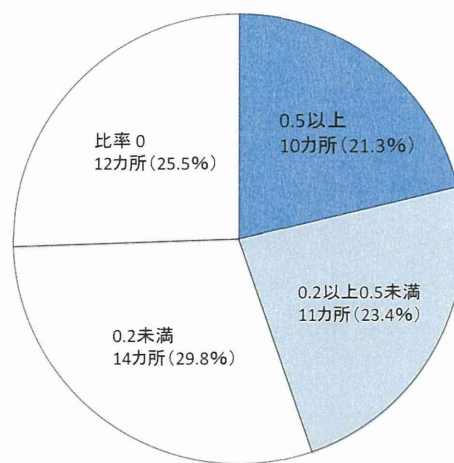


図5. 自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率

でNo. 2の自治体で0.81、No. 20の自治体で0.71となった。

自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在二次医療圏の人口比率が0.5以上の自治体は10カ所（21.3%）、0.2以上0.5未満の自治体は11カ所（23.4%）、0.2未満の自治体は26カ所（55.3%）であった。また、この比率が0.2未満の自治体のうち14カ所には自治体内に最低1つのCPMS登録・指定通院医療機関があり、自治体内にCPMS登録・指定通院医療機関が一つもなく人口比率0となった自治体は12カ所（25.5%）であった（図5）。

## 6. 医療観察法下におけるクロザピン治療継続性（表1の②、及び、⑦を参照）

### 6-1. 自治体内においてクロザピン投与が継続的に見える自治体

自治体内においてクロザピン投与が継続的に見える（入院・通院可の）自治体、つまり、CPMS登録の入院施設、及び、通院施設が自治体内に整備され、クロザピンの導入から通院治療までのすべての治療プロセスが実施可能な自治体は表1の⑦に「あり」が付された15カ所（31.9%）であった。

また「あり」が付された自治体でも、⑥の比率が0.5を超える自治体は5カ所（No. 1から

No. 4、及び、No. 11の自治体）しかなく、0.2未満の自治体も7カ所（No. 13からNo. 19の7つの自治体）あった（図6）。

### 6-2. 自治体内においてクロザピン投与が一時的にしか行えない自治体

通院移行時に対象者へクロザピン投与が継続できない自治体、つまり、CPMS登録・指定入院医療機関はあるもののCPMS登録・指定通院医療機関はない（入院のみ可の）自治体が5カ所（10.6%）認められた。また、対象者へのクロザピン導入を自治体外で実施しなければならない自治体、つまり、CPMS登録・指定入院医療機関はないもののCPMS登録・指定通院医療機関はある（通院のみ可の）自治体が20カ所（42.6%）あった。このうちNo. 29からNo. 35の7つの自治体では⑥の比率が0.2未満であった（図6）。

### 6-3. クロザピン治療が行えない自治体（入院・通院なし）

CPMS登録・指定入院医療機関、及び、CPMS登録・指定通院医療機関がなく、対象者に対してクロザピン治療が全く行えない（入院・通院不可の）自治体は7カ所（No. 41からNo. 47）であった（図6）。

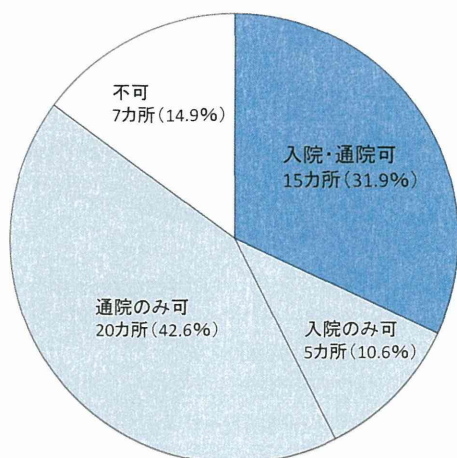


図6. 全国47自治体における観察法下における対象者へのクロザピン治療継続性

## 7. 人口100万人当たりのCPMS登録・指定通院医療機関数

人口100万人当たりのCPMS登録・指定通院医療機関数は平均0.56施設となり最大2.28、最小0.08（ただし0を除く）であった。したがって人口当たりの登録施設数の格差は28.5倍であった。また全国にCPMS登録・指定通院医療機関数が0施設の自治体は12カ所（25.2%）あ

た。人口100万人当たりのCPMS登録・指定通院医療機関数を小さい順に並べたところ図7のような分布となった。

なお、この図7に付された番号は先ほどの表1の自治体番号とは無関係である。表1の番号と本図をひもづけると自治体名が特定できてしまうため本図は全国のCPMS登録・指定通院医療機関の整備状況を俯瞰する目的のみ参照すべきものとした。

## D. 考察

本検討により医療観察法下でクロザピン治療を実施することにはかなりの困難を伴うということが明らかとなった。対象者にクロザピン治療を実施する際に生じうる問題を以下のようにまとめた。

### 1. CPMS登録・指定入院施設がないことによる問題

1-1. クロザピン開始不能：対象者は病状でなく居住地などの地理的条件により入院先

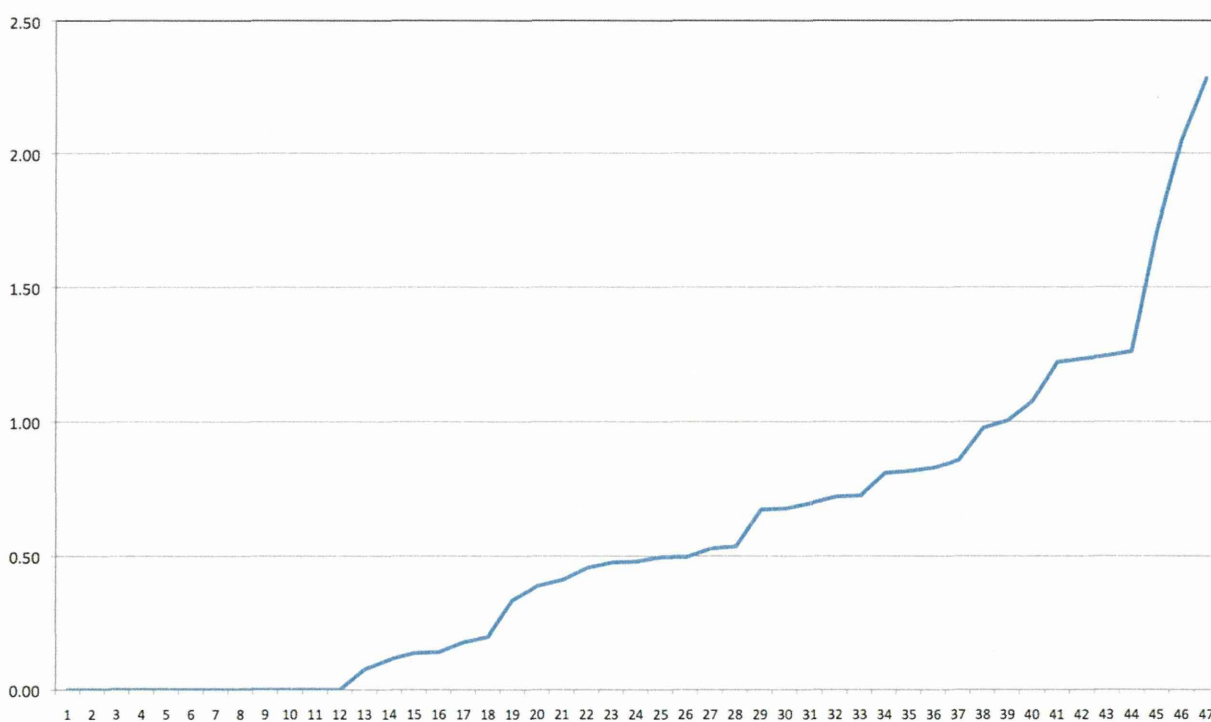


図7. 自治体別人口100万人当たりのCPMS登録・指定通院医療機関数

の医療機関が決定されるため、CPMS登録・指定入院施設でない指定入院医療機関への入院が決定した対象者では、その後、クロザピン投与の必要性が生じたとしてもクロザピン治療は受けられない。

このようなケースは、当該施設のない自治体27カ所（57.4%）においては致し方ないところであるものの、指定入院医療機関28施設中、CPMS登録を受けていない医療機関が7施設あり対象者へのクロザピン投与について施設間に格差があることは問題である。

**1-2. 転院への影響：**対象者の帰住先に指定入院医療機関がある場合、通例、その医療機関に入院処遇されることになる。また、当該医療機関に空床がない場合は一時的に他の指定入院医療機関に処遇されるものの、空床が確保できればすみやかに転院することが通例の運用となっている。

対象者にクロザピンが投与されていた場合で、かつ、帰住先の指定入院医療機関がCPMS登録施設でない場合には、転院に際してクロザピン治療を中止しなければならず、クロザピン治療による改善が転院前に損なわれてしまうかもしれない。逆に、現在の指定入院医療機関がCPMS登録施設でなく帰住先の指定入院医療機関がCPMS登録施設である場合には、対象者にクロザピンを投与しようとした場合、転院先の指定入院医療機関に空床が確保されるまでクロザピン投与を待たなければならない。後者の場合、クロザピン投与が必要と判断されたあとの転院前入院期間は単なる待機期間となるかもしれない。

このような指定入院治療中の問題については、CPMS登録を受けていない指定入院医療機関を今後極力少なくすることにより一定の解決がはかれると考えられる。

**1-3. 通院処遇となるクロザピン治療中の対象者の受入困難：**自治体内にCPMS登録・指定入院医療機関がない自治体、あるいは、そもそも指定入院医療機関がない自治体ではクロザピン治療中の対象者が通院処遇に移行する際、（その対象者にクロザピンが投与されているなら対象者は必ず自治体外のCPMS登録・指定入院医療機関に入院処遇されているはずであるから）受入側となる指定通院医療機関はその対象者を自治体外の指定入院医療機関から受け入れなくてはならない。通院処遇に移行する際、遠方の医療機関から対象者を受け入れる場合、近郊の医療機関からの受入と比較して、帰住先への外出・外泊・会議などが十分に行えないこともある上、対象者にクロザピンが投与されていることにより（対象者は治療抵抗性統合失調症ケースということが明らかとなるため）受入側施設の負担は一層大きくなると考えられる。

全国的にみるとこのような条件に合致する自治体は20カ所（42.6%）あることになる。

## **2. CPMS登録・指定通院施設がないこと（1つしかないこと）による問題**

### **2-1. 通院先確保不能**

CPMS登録・指定入院医療機関でクロザピンが投与開始されていても帰住先の自治体内にCPMS登録・指定通院医療機関がなければ通院処遇へ移行する際に対象者にクロザピン投与を継続できなくなる。指定通院医療においてクロザピンが投与できない自治体は全国に12カ所（25.5%）ありこれは深刻な問題である。

医療観察法下における実際の運用ではCPMS登録・指定通院医療機関のない自治体へ帰住する予定の対象者にはクロザピン投与の必要性があっても投与開始できない場合もあると考えられる。

## 2-2. 通院先確保困難

CPMS登録・指定入院医療機関でクロザピンが投与開始されていても帰住先の自治体内にCPMS登録・指定通院医療機関が1つしかなければ、通院先確保は困難となり、自治体内唯一の指定通院医療機関が対象者の受入を拒否した場合にはもはや対象者にクロザピン投与を継続できなくなる。このような自治体は全国に23カ所（48.9%）もあり、CPMS登録・指定通院医療機関が一つもない自治体と合わせると合計35カ所（74.5%）になる。

## 3. 自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在地の人口比率：指定通院医療機関へのアクセス性に関わる問題

自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在地の人口比率の平均は0.26となり、クロザピン投与中の対象者の通院処遇時の医療機関へのアクセス性は「最悪」とまでは言えないと考えられた。しかし、自治体内にCPMS登録・指定通院医療機関があってもこの人口比率が0.2未満となる自治体は14カ所（29.8%）もあった。

自治体総人口に対するCPMS登録・指定通院医療機関所在地の人口比率は、当該医療機関所在地の二次医療圏の人口比率であり、本検討においては比率が高いほど指定通院医療機関へのアクセス性がよいとしている。この比率は、一般に当該医療機関が人口集積地に所在するほど高い値となり、当該医療機関が自治体内に複数あり、しかもそれらが異なる二次医療圏に所在する場合にはさらに高くなる。一方、二次医療圏の数が多い自治体（面積が広いため二次医療圏が細分化されている自治体、ないし、人口密度が高いため二次医療圏が細分化されている自治体など）では自治体内に当該医療機関があっても人口比率はあまり高くはならない。

通院処遇に移行する対象者にとって医療機

関へのアクセス性がよいかどうかは、結局のところ、対象者がどこへ帰住するかにより規定されるものであり、医療機関への通院手段（公共交通機関が発達しているか、自家用車が使用できるか、レスパイトサービスが利用できるかなど）の有無による影響も大きいと考えられる。しかし医療観察法が適応される対象者の発生頻度は自治体内で一定と仮定した場合、対象者の帰住先は自治体内の人口集積地になる確率の方が高いと推定される。つまり、CPMS登録・指定通院医療機関所在地の人口比率が高いということは、対象者の帰住先近くに指定通院医療機関が所在する確率も高いということになる。例えば、この比率が0.94の自治体（No. 1の自治体）では、自治体内にCPMS登録・指定通院医療機関が4カ所あり、それらが自治体内に点在していることから、クロザピン治療中の対象者が通院処遇へ移行する際にも（その医療機関がその対象者を受け入れてくれるかどうかは不明であるものの）本人の帰住地に比較的近い医療機関をスムーズに選択できると考えられる。一方、0.06の自治体（No. 19の自治体）では、指定通院医療機関が比較的郊外に位置しており、対象者が当該医療機関の近くに居住している可能性は低く、通院処遇に移行する際には、比較的遠方からの通院負担に耐えるか当該医療機関の近くに転居することで医療機関へのアクセス性を高めることが必要となるかもしれない。

## 4. 医療観察法治療システムにおけるクロザピン治療の現状

医療観察法治療システムにおけるクロザピン治療に関して最大の問題点は、クロザピン投与中の対象者が転院や通院処遇へ移行の際、クロザピン継続ができなくなるということであろう。転院先の病院がクロザピン治療を行えない場合、転院が成立しない可能性もある。あるいは転院に向けてクロザピン治療の中止