

価が可能になるように支援することが重要である。すなわち、事例検討会は事例提供者による援助過程の査定に止まらず、事例提供者のエンパワメントを行うことによる、援助効果の向上を目指すことを重要な目的としている。その意味で、事例の4局面や患者の全体像に視野を拡げるという方法は、事例提供者にとって、処遇の困難さをもたらす状況的要因に気づいて自責感を和らげると共に、患者の強みや前向きの変化に気づいて希望を見出す機会を生み出し得る。

## ②事例検討会におけるスーパービジョンの負担

事例提供者と参加者が感情活用能力を発揮し、率直な自己表現による相互作用が行き渡る中で、参加者の個性を基盤としながら事例検討会が有効に機能するために必要な役割の分担が行われるようになっていく。それらの役割を、事例提供者に対して肯定的か批判的かという評価態度の軸と、自分自身の判断が流動的か固定的かという認識態度の軸によって分類すると、支持型、査定型、直面化型、統合型の4類型が得られる。これらの類型は、参加者の元来の対人態度の類型を現実的な基盤としながら、事例検討会が適切に機能する上で必要な役割に対応するものとして位置付けることができる。従って、多くの参加者は、毎回、自然に同様の「態度-役割」を示すが、多くの場合、各参加者はほぼ均等に4類型に振り分けられる。ただし、いずれかの「態度-役割」を示す参加者が不在ないし不足している場合には、ふだんとは異なる「態度-役割」をとる参加者も現れる。いわば自然体でとれる役割は1つか2つに決まってくるが、事例検討会への参加経験が積み重ねられるにつれて、参加者の動向に応じて様々な役割が自覚的にとれるようになる。

## ③指定医療機関における事例提供者のエンパワメント

今年度の研究は、試行的な実践研究として取り組んだに止まるが、事例提供者に対するエンパワメント効果がある程度確かめられたと考えられる。

その第1の理由は、包括的な事例把握を試みることにより、対象者の輪郭が多少なりとも鮮明になるにつれて、対象者の地域自立を妨げる諸問題の構造もまた整理されて、先の見通しが感じられるようになった点に見出される。

第2の理由は、当該病棟のスタッフが今体験している困難は、先行施設から出向いたピアレビューアが体験してきた困難の再現であるとともに、経過の中には肯定的に評価される所も多分に含まれていることの確認が、連帯感と自信回復につながった点に見出される。

事例検討会におけるスーパービジョンの負担に関しては、他施設のピアレビューアは主に支持的、査定的な役割を担い、継続学習としての事例検討の運営に従来から関与してきた大学教員は直面化的、統合的な役割を担ったといえる。指定入院医療機関における事例検討会の開催に当たっては、医療観察法による医療を経験したピアレビューアと、統合的な視点を持つ継続学習支援の経験者による協働が重要な意味を持つと考えられる。

## E. 結論

2つの指定入院医療機関において、継続学習の充実を目的とした実践研究という位置付けで、ピアレビューアの参加による事例検討会を開催した。その結果、①事例の包括的な把握、②感情活用能力の発揮、③事例提供者のエンパワメントという3つの目的の提示と、それらの目的の実現に向けた事例提供者と参加者の協働は有効であることが示唆された。

今後は、事例提供者、参加者一人ひとりに

ついて、事例検討会への参加の影響を吟味すること、より有効な事例検討会の組織化に向けたガイドライン作りが課題となる。

#### **F. 健康危険情報**

なし

#### **G. 研究発表**

なし

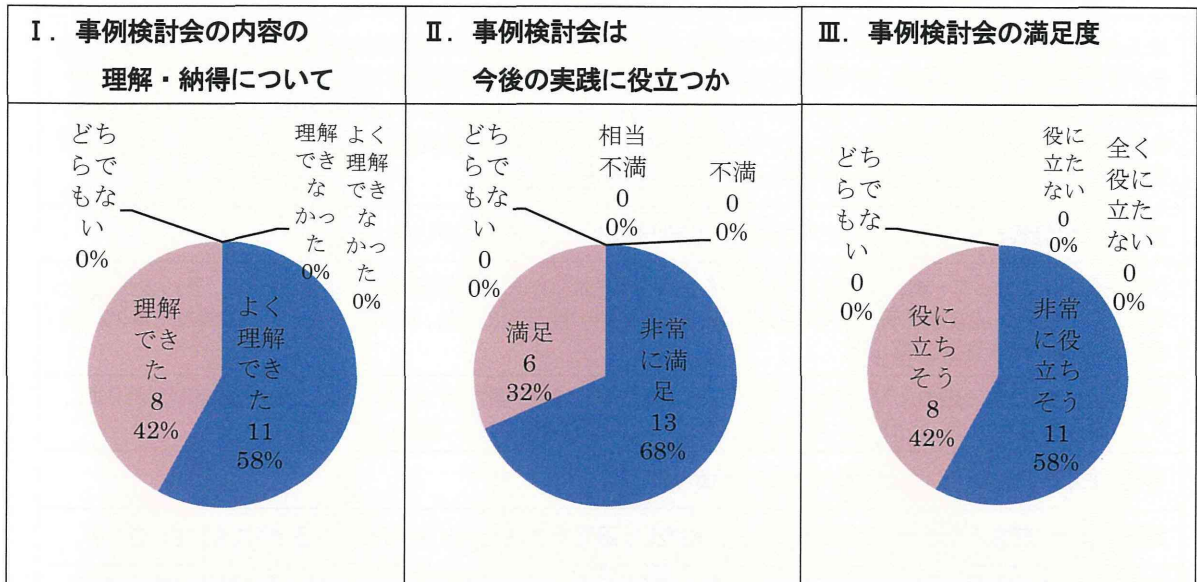
#### **H. 知的財産権の登録・出願状況**

なし

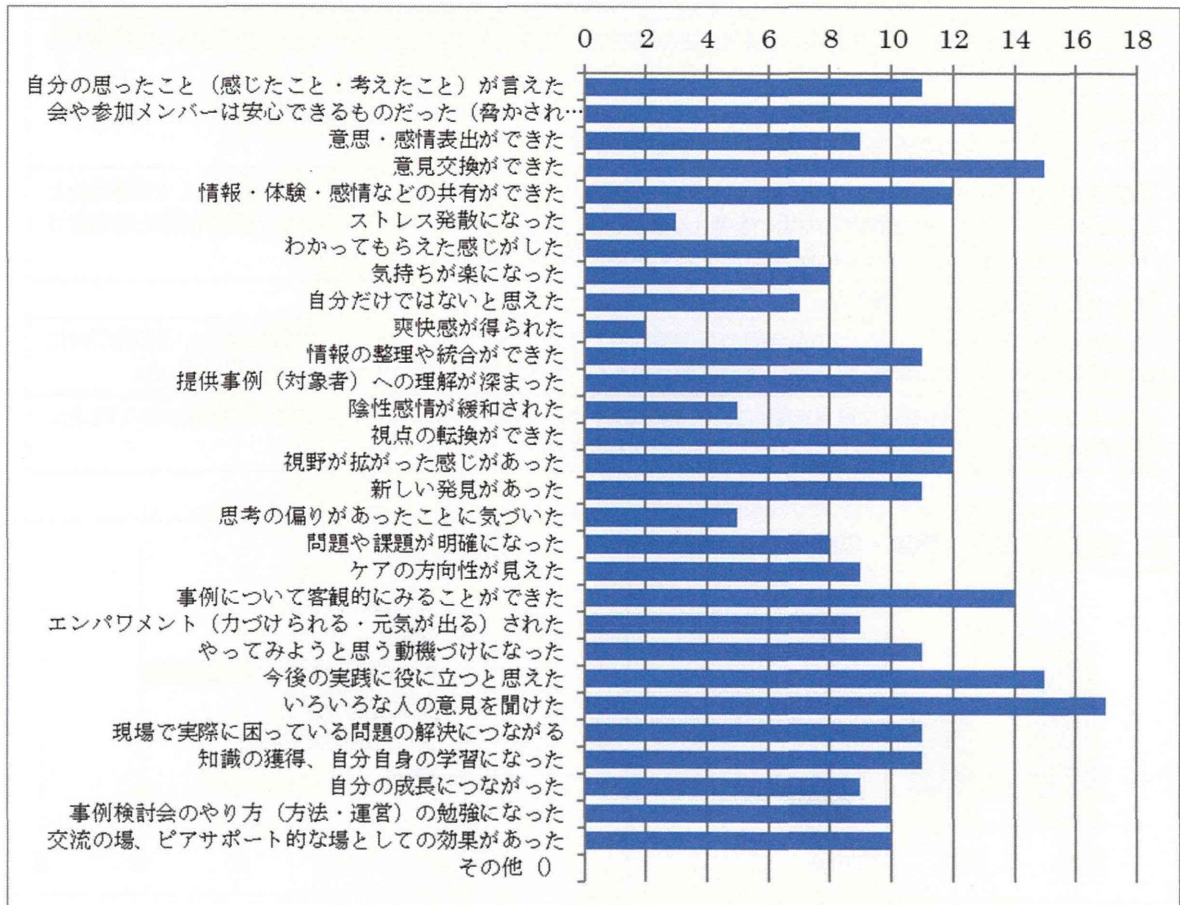
## 事例検討会アンケート結果

<資料1>

アンケート回収数：19枚（n=19）



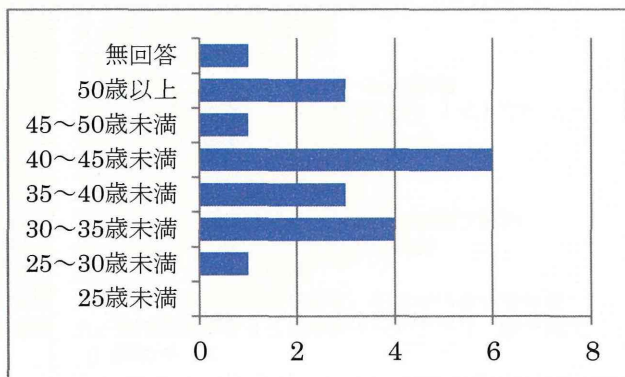
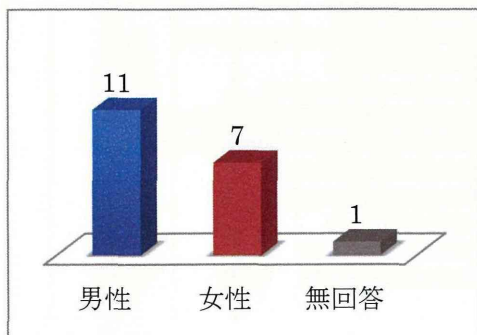
### IV. 事例検討会での体験内容(複数回答可)



## V. 全体を通して、感じたこと気づいたこと、事例検討会に対する意見

もっと時間が欲しい。もっと色々ご教授頂きたかった。
MDT だけではなく、色々な方の意見を聞くことができとても参考になった。
本人の怒りの理由について不安に基づいて出現している事は分かっているが細かい内容を確認しようも本人も言語化が上手くできず。そのため、方向性も行き詰ってしまっていたが、今回の検討会での対応策をアドバイスいただき今後の治療に役立てていきたいと思う。なかなか治療者側としては、対象者からの怒りの感情に対し、自分の感情をこらえがちで陰性感情が強まってしまっていた部分があった。自身の感情表現のレパートリーを増やし、治療者側の感情を素直に伝えることも関係性を築く上で大切だと感じた。
宮本先生の講義ともいえる説明はとても理解が深まりました。ありがとうございました。
「不思議だね」と言って一緒に考えることを伝える。など具体的な方法、言葉を得ることができた。又、普段漠然と思っていたことをきちんと言葉で表現してもらえたことで、頭の中の整理ができた。スーパーバイザーの参加で事例検討会自体の質が高まると強く感じた。
事例検討会は先生の班のようなグループが介入する会を年に2~3回できたらいいと思います。視点が変わりました。検討会の流れが少しわかったつもりです。あと1~2回先生の検討会に参加したいです。
今後、使えそうな声かけや提案がいただけて助かりました。
対象者のいい面を活かせるような関わりをしていきたい。退院後の生活のイメージができるよう工夫していきます。
多職種での事例検討会を今後も継続していけると、スタッフ側の治療への負担や行き詰まり感を解消しつつ、スタッフがエンパワメントされることで、対象者の治療がよりよい方向に展開していける可能性が広がると感じました。
今までのチームの関わりが否定というかたちではなく共感というかたちで理解されているよう感じた。
治療抵抗性の症例に対しての新鮮な意見がたくさん聞けて非常に参考になった。チーム全体が行き詰った状態であったので気持ちが楽になった。
医療観察病棟での経験が浅く、プライマリとしてどのように対象者と向き合う事が大事であるかと、とてもよい気づきになった。まずどのように内省をすすめてよいかがとても参考になった。
現在の悩みが「精神疾患を持つことで社会的な責任は誰が果たすのか」という想いがある。支援者として対象者とともにあるべきと思うが、被害者の方の想いを考えるとそもそも論ですが、刑法 39 条の見直しと医療観察法の位置づけの見直しは必要と考えている。医観法というシステムは必要と思う。
新しい視点で見ることができました。
「外部から見るとよく見える」というのを今回の事例検討会で実感できました。「かかわる側の問題」という意識づけにもなったのではないかと思います。また、妄想に乗っかるというのも新しい発想で、おもしろいと思いました。
ピアレビューの方からの貴重な意見を聞くことで、自分の今後の看護を展開する中で役に立つ有意義なものでした。頭をやわらかくあらゆる視点からアプローチすることの大事さを改めて感じました。

## VI. 対象者の概要 性別・年齢 (n=19)





### 3) CPA会議の再現を通じた多職種連携の一般精神科医療への還元

#### 司法精神医療における退院・地域調整に向けた支援 —CPA (Care Programme Approach) 会議の再現を通して—

○美濃由紀子 (東京医科歯科大学 大学院保健衛生学研究科)  
中川 佑架 (国立精神・神経医療研究センター病院)  
宮本 真巳 (亀田医療大学 看護学部)

#### 研究要旨

##### 【目的】

指定入院医療機関で実践されつつある多職種連携に基づく退院・地域調整に向けた支援の多くは、既存の精神科病棟においても、病棟の特徴やマンパワーに応じた形で実行できる内容も含まれていると考えられる。そこで本研究は、指定入院医療機関で実践されているCPA (Care Programme Approach) 会議の再現を通して、司法精神医療を精神科医療全般に取り入れていくための方向性を検討することを目的とした。

##### 【方法】

看護学系の学術集会の場において、司法精神看護分科会として11名の多職種演者による模擬CPA会議を企画・実行した。その後、参加者から回収した自記式質問紙への回答を量的・質的に分析した。

##### 【結果】

質問紙による回答は、22名から得られた。模擬CPA会議の理解度について尋ねた項目では、回答者全員が理解できたと答えていた。また、模擬CPA会議が今後の実践に役立ちそうかどうかを尋ねた項目では、役立ちそうだと答えた者が85%以上であった。模擬CPA会議を見て、一般精神科病棟に多職種連携を浸透させる上で活用できそうだと思えた内容については、以下の7項目が抽出できた。①各職種間の情報交換と共有、コミュニケーションの促進、②グループダイナミクスの活性化を促す方法、③患者本人の考え方や思いを尊重する姿勢、④関係職種が集まる会議の設定と開催、⑤患者参加型会議の実施、⑥看護師によるケアコーディネーター役割の遂行、⑦患者が思いを語る(振り返る)場の設定。また、医療観察法病棟で実施されているが、一般精神科病棟では実施が難しいと感じられる内容としては、以下の4項目が抽出された。①看護師を含む多職種のマンパワーの確保、②各職種の時間調整・場所の確保、③定期的・頻繁なMDT・CPA会議の開催、④関連職種が集まる会議の設定と開催。

##### 【考察】

これまでの先行研究<sup>1) 2)</sup>の結果と合わせて検討すると、一般精神科病棟で活用できそうな点と活用が難しい点について共通する項目が抽出された。これらのことから、司法精神医療の一般精神科医療への還元に関する項目が、明らかになりつつあることが示唆された。今後は、質的に明らかになった項目について量的にも明確化を図り、一般精神科医療への還元方法を検討していく必要性が示唆された。

## A. 研究目的

医療観察法の成立を機に司法精神医療のシステムづくりが始まってから9年が経過した。司法精神医療では、「対象者の社会復帰の早期実現を目指し、良質で継続的・計画的な医療の実践」を理念として掲げている。重大な他害行為を行った対象者の早期社会復帰を実現させるためには、病棟チームと地域スタッフが多職種チーム(MDT: multi disciplinary team)を形成し、対象者の病態や個性、退院予定地域の特性や地域資源の状況を考慮して取り組むことが不可欠となる。そこで、指定入院医療機関では入院初期から保護観察所と協力して、本人・家族の意向や退院予定地の状況を確認するために、CPA (Care Programme Approach) 会議を開催している。CPA会議とは、社会復帰調整官や退院地域の関係者を招き、本人・家族も参加する会議であり、退院後のケア計画案作成を目的とした、退院援助・地域調整の中核となる重要な会議である。

指定入院医療機関では、一般精神科の医療に比べると恵まれたマンパワーを活用し、多職種連携がシステム化されていることにより、退院が困難な事例を比較的短期間で退院に導いているという実績がある。指定入院医療機関で実践している退院・地域調整に向けた支援から得られつつあるノウハウの多くは、一般精神科の病棟においても、病棟の特徴やマンパワーに応じた形で実行できる内容が含まれていると考えられる。

そこで本研究は、指定入院医療機関で実践されている退院・地域調整支援の再現を通して、司法精神医療を精神科医療全般に取り入れていくための方向性について検討することを目的とする。

## B. 研究方法

1. 調査期間：2013年2月。
2. 調査の概要：看護学系の学術集会の場において、司法精神看護分科会として、多職種チーム医療に基づく模擬CPA会議を企画・実施した。模擬CPA会議の演者は、実際に指定入院医療機関で勤務している多職種チームのスタッフ11名で構成した。職種構成は、医師2名、看護師4名(うち1名は看護師長、1名は副看護師長、1名は通院担当の訪問看護師)、精神保健福祉士1名、臨床心理技術者1名、作業療法士1名、薬剤師1名、社会復帰調整官1名であった。看護師のうち1名が患者役となった。模擬CPA会議の中では、演者が所属する指定入院医療機関で実際に行っている「審判シミュレーション」の場面を取り上げた。司法精神医療における「審判」とは、裁判官と精神保健審判員が合議体を構成し、社会復帰調整官、精神保健参与員、付添人等の意見も聞きながら、対象者の地域移行のための処遇決定を行う制度である。再現する場面をCPA会議の中で行う「審判シミュレーション」とした理由は、対象者が、退院するための重要な関門である審判の場面で、治療への取り組みの成果を発揮できるようにサポートすることも、指定入院医療機関のスタッフの重要な役割の1つとなっているからである。

分科会の会場では、司法精神医療における多職種チーム医療の理念や退院・地域調整支援の要となるCPA会議について説明をした後、患者プロフィールとこれまでの経過(図1)について簡単に紹介した。

シミュレーションの実施にあたっては、シナリオ、セリフ等は特に定めず、演者にはふだん病棟で実践している内容を、出来る限り

その場で再現してもらうよう依頼した。

- ◆対象者：60代 女性 診断名：統合失調症
- ◆対象行為：放火  
→幻聴・妄想に支配されて「やられる前にやらなければと思って先手必勝で火をつけた」と話している
- ◆治療ステージ：社会復帰期
- ◆現在の状況：妹からの幻聴はあるものの、何を言われているのかわからない程度に減少してきた。これまでは「テレパシーと幻聴とは違う」と言って区別していたが、最近では、「治療によってテレパシーも幻聴なのかもしれないことを知った」と話す。内省のための治療プログラムの中では、対象行為に対して「やらなければ良かった」「被害者にはお経を読むことぐらいしかできない」などと発言していたが、回復期で行った1回目の「審判シミュレーション」では、「何とも思ってませんよ」「隣人は火をつけてもらいたかったんです」等と発言し、「審判」の場面となると、緊張してしまい自己防衛に走る傾向が見受けられていた。「審判シミュレーション」を繰り返し行うことで、2回目では「やって良かったとは思ってませんね」等の発言に変化してきている。今回は、3回目の「審判シミュレーション」となる。
- ◆「審判シミュレーション」とは：CPA会議の中に組み込む形で治療プログラムの一環として実施している。担当MDTが、裁判官役、精神保健審判員役、精神保健参与員役を担い、実際の審判を想定したロールプレイを行う。実施後、CPA会議に参加している地域の関連スタッフと共に本人も含めて振り返りを行い、評価・助言・提案の機会を得る。
- ◆「審判シミュレーション」の目的：医療観察法病棟で学んだことの振り返りの機会とし、実際の「審判」の場で対象者が説明責任を果たすことができるようになること。

#### 〈図1〉模擬CPA会議での設定

模擬CPA会議は、3部構成とした。最初に専門職のみのプレミーティングとして指定入院医療機関のスタッフと地域の関連職種スタッフとで情報共有と情報交換をした後、患者役に登場してもらい、「審判シミュレーション」とその振り返りを行い、患者役が退席後、専門職のみのアフターミーティングを行った。模擬CPA会議は、60分程度行い、その後演者

と分科会参加者を含めて全体討議を行った。

3. 調査対象者：分科会参加者の中から、本研究への協力に同意の得られた者。
4. 調査方法：自記式の質問紙法。
5. データ収集方法：質問紙は、分科会開始時に参加者に配布し、分科会終了後、回収BOXに回収した。
6. 質問内容：模擬CPA会議の理解度、印象に残った場面とその理由、今後の実践に役に立ちそうかどうか、一般精神科の病棟で活用ができそうな点と活用が難しい点、全体を通しての意見・感想などとした。
7. 分析方法：調査によって収集した数量的データに関しては単純集計を行い、自記式回答によるデータに関しては、質的帰納的に分析を行った。研究の全過程において、司法精神看護と質的研究の専門家からのスーパービジョンを受けた。
8. 倫理的配慮：本研究は、厚生労働科学研究事業の一環としての取り組みとして行った。実施にあたっては、事前に調査会場となった学術集会の主催団体による認定機関の承認と許可を得て、実施した。調査の依頼は、研究総括責任者より研究内容及び研究結果の公表、研究協力の任意性について説明したうえで、協力者を募った。質問紙は、無記名とし、調査対象者の個人が特定されないよう配慮されたものを使用した。また、調査に協力しない場合も、不利益となることは一切ないことを説明した。調査は無記名で質問紙を回収するため、質問紙提出後は提出者個人を特定できないため、提出後の研究参加同意の撤回はできない旨も説明した。研究参加の意思については、回

答したアンケート調査票の提出をもって正式な同意を得たものとした。回収後の質問紙データの保管には、十分留意し、特定の施設や個人に不利益が生じないように十分配慮した。

## C. 研究結果

### 1. 調査対象者の内訳 (n=22) 〈表1〉

質問紙調査では、22名から回答が得られた。22名中15名(68.2%)が医療観察法病棟での勤務経験者、7名(31.8%)は医療観察法病棟での勤務経験のない者であった。年齢、性別、臨床経験年数等の調査対象者の内訳を〈表1〉に示す。

### 2. 模擬CPA会議の理解度 (n=22) 〈表2〉

模擬CPA会議の理解度について尋ねた項目では、「よく理解できた」が11名(50.0%)、「理解できた」が11名(50.0%)であり、全員が理解できたと回答していた。

### 3. 模擬CPA会議の実践への貢献度 (n=22) 〈表2〉

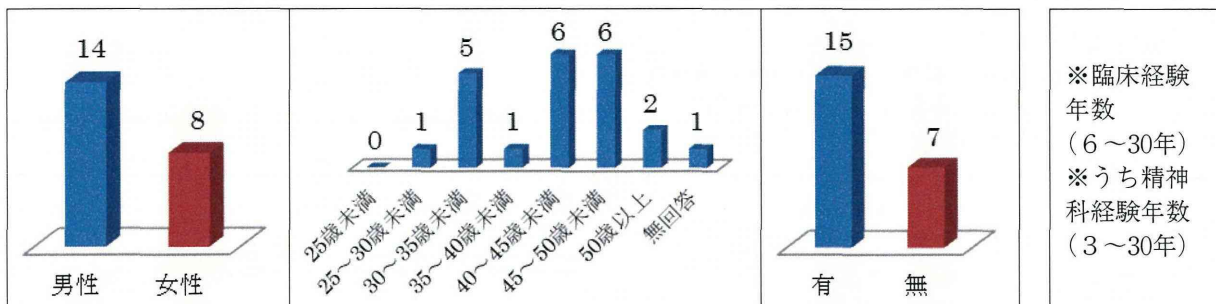
模擬CPA会議が今後の実践に役立ちそうかどうかを尋ねた項目では、「非常に役立ちそう」が9名(40.9%)、「役立ちそう」が10名(45.5%)であり、役立ちそうと感じた者が85%以上であった。「どちらでもない」が3名(13.6%)。「役に立たない」と答えた者はいなかった。

### 4. 印象に残った場面とその理由

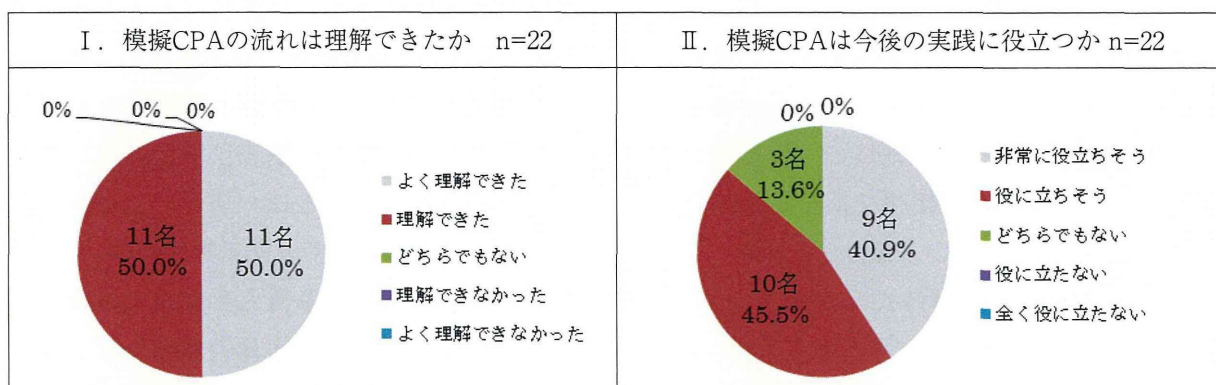
模擬CPA会議のなかで特に印象に残った場面について尋ねた質問では、主に6つの場面とその理由が挙げられた。〈表3〉

- ①患者に肯定的なフィードバックを返す場面
- ②スタッフの率直な発言場面
- ③客観的評価を得る機会になっている場面
- ④患者の内省を促す発言の場面
- ⑤「審判シミュレーション」でのやりとりの場面
- ⑥ケアコーディネーター役割を遂行している場面

〈表1〉 調査対象者の内訳：性別・年齢・医療観察法病棟での経験の有無・臨床経験年数 (n=22)



〈表2〉 模擬CPA会議の理解度・今後の実践に役立つか (n=22)





〈表3〉印象に残った場面とその理由

印象に残った場面	その理由
<p>〈患者に肯定的なフィードバックを返す〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に対して、ポジティブなフィードバックがなされていた場面</li> <li>・患者にプラスの評価をしていた場面</li> <li>・対象者が「ほめてもらおうとこちよい」と言っていた場面</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必ずできているところを伝えて、その後に不足や考えてほしい点を伝えていた</li> <li>・できていることは褒めて、できていないことは次の課題として具体的に提示していた</li> <li>・患者が多く質問に答えて大変そうだなと思ったが、ポジティブなフィードバックがされていて、心理的なプレッシャーが少ないように見えたのが印象的だった</li> </ul>
<p>〈スタッフの率直な発言〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に対しスタッフが率直な意見を言っている場面</li> <li>・審判の結果は対象者だけではなくスタッフ全員で受け止める、と言われていたこと</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者に対して、これは言うて良いのか、悪いのか・・・とためらって言えなくなってしまうこともあるのではと思ったが、思ったより率直にコメントしていた</li> <li>・司法看護が未経験なのでイメージがわきにくいのですが、はじめ医療観察法の下での入院の対象者への対応が厳しいような印象を受けましたが、左記のような場面をみて、スタッフの方の現実の思いを知れたから</li> <li>・患者の審判での返答に対して、良いところも足りないところも含めて、とても率直に各スタッフがコメントしていたのが印象的だった</li> </ul>
<p>〈客観的評価を得る機会になっている〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者のシミュレーションの評価をMDT以外の方がしている場面</li> <li>・患者が審判の場面で、治療プログラムで得られた知識や認知の変化について自身の言葉で発表していた場面</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・他者の目でみることで、違った評価が出来ていた</li> <li>・地域の担当スタッフに、今の状況について理解・評価してもらえる</li> <li>・審判シミュレーション直後に、他者からの評価を得て、振り返りが出来るので、患者自身が今回の課題をはっきり持つことにつながるのではないかと思った</li> <li>・対象理解を深めていく中、課題も見出しているところが表れていた</li> <li>・治療プログラムの般化がなされている。成果が出ていた</li> </ul>
<p>〈患者の内省を促す発言〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「何故、近所の人が良く思っていないのか分かりますか?」「退院はゴールではなくスタート。地域で暮らすことが大事」と言っていた場面</li> <li>・援護察スタッフの発言</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・対象行為を振り返らせることや、何が大事なのかをその都度、確認することはとても大切だと思った</li> <li>・対象者の実行力について、疑問に思ったことを援護察のスタッフが投げかけ、そのことについて、患者の思いを聞くことができていた。参加メンバー間で討議できていた</li> <li>・はじめは患者も緊張などから反省的な言葉ではなかったが、「本当は被害者に対して悪いと思っている」とだんだん反省の言葉も聞かれるようになってきた。</li> </ul>
<p>〈審判シミュレーションでのやりとり〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・審判シミュレーション中の場面</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・数ヶ月後、同様の事案を組む可能性があるため、見る事が出来て参考になった</li> <li>・場面のやりとりなどは自分たちが実際やっているシミュレーションと大きな変わりはない。自分達のやっていることにも自信が持てた</li> <li>・初めて見学させてもらった。非常にわかりやすかった</li> </ul>
<p>〈ケアコーディネーター役割の遂行〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・受け持ち看護師が会議の中心になって、ケアコーディネーターの役割を果たしていた場面</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者の気付いていない事柄も把握して、他の参加者とのやり取りの調整をしていた。</li> <li>・受け持ち看護師が中心になって、患者のために動いている。</li> <li>・患者に対する関わりも大変そうだが、会議の準備も大変そう。</li> </ul>

## 5. 一般精神科の病棟でも活用できそうなところ

模擬CPA会議を見て、一般精神科の病棟においても活用できそうだと思う内容については、以下の7項目が抽出された。

- ① 各職種間の情報交換と共有、コミュニケーションの促進
- ② グループダイナミクスの活性化を促す方法
- ③ 患者本人の考え方や思いを尊重する姿勢
- ④ 関係職種が集まる会議の設定と開催（関係職種：病棟チーム、担当多職種、地域担当者等）
- ⑤ 患者参加型会議の実施
- ⑥ 看護師によるケアコーディネーター役割の遂行
- ⑦ 患者が思いを語る（振り返る）場の設定

## 6. 一般精神科の病棟で活用が難しいところ

模擬CPA会議を見て、既存の病棟においては活用することが難しいと感じる内容としては、以下の4項目が抽出された。

- ① 看護師を含む多職種のマンパワーの確保
- ② 各職種の時間調整・場所の確保
- ③ 定期的・頻繁なMDT・CPA会議の開催
- ④ 関連職種が集まる会議の設定と開催（病棟チーム、担当多職種、地域担当者等を含む）

## D. 考察

模擬CPA会議の内容について、「理解できた」と答えた参加者は全員であった。この理由として、演者たちが普段通りのCPA会議を忠実に再現できていたため、スタッフ役や患者役の発言にリアリティがあり、参加者もやり取りのプロセスを理解しやすかったことが考えられる。また、事前配布資料（プログラム）に司法精神看護における退院調整支援やシンポジウムの主旨について明記していたことも、理

解の促進につながったと思われる。今後の実践に役立ちそうかという質問に対しては、85%以上の人が「役立ちそう」と回答していたが、「どちらでもない」と回答した残りの人たちは、「参考になる部分はあるものの、すぐに自分の病棟で使えるわけではない」と感じていた。しかし、多くの参加者は、演者たちの所属する病棟で行っている手厚い取り組みに感銘を受け、自らの臨床と照らし合せながら、学びにつなげている様子が窺えた。

特に印象に残った場面として挙がっていたのは、患者に肯定的なフィードバックを返す場面やスタッフが率直な発言をしている場面であった。最初に肯定的なフィードバックを返し、患者の努力を認めた後、気になったことや心配なこと、考えてみてほしいことについても、率直に伝えていた。最初から問題点や課題を突き付けられるのではなく、認めてもらえたという実感を得た後であれば、患者は厳しい直面化でも素直に受け入れられやすい。そのような暖かい中での真の厳しさこそが、患者の内省を促すうえで重要な鍵となる。また、地域の関係職種が集まるCPA会議の中で、審判のシミュレーションすることは、より地域に近い目での評価を受けることが可能となるため、そのような体験を重ねること自体が、退院・地域調整に向けた患者の学習・成長の支援に成り得ることが示唆された。

一般精神科の病棟で活用が出来るような項目は、先行研究<sup>1)2)</sup>と共通するものが多く含まれていた。

先行研究<sup>1)2)</sup>と共通の項目は、【①各職種間の情報交換と共有、コミュニケーションの促進】【②グループダイナミクスの活性化を促す方法】【③患者本人の考え方や思いを尊重する姿勢】の3項目であった。先行研究<sup>1)</sup>と共通の項目は、【④関係職種が集まる会議の設定と開催】【⑤患者参加型会議の実施】【⑥看護師によるケアコーディネーター役割の遂行】の3項目

であった。本研究で新たに抽出された項目は、【⑦患者が思いを語る（振り返る）場の設定】の1項目であった。

一般精神科の病棟で活用が難しいところの先行研究<sup>1) 2)</sup>との共通項目は、【①看護師を含む多職種のマンパワーの確保】【②各職種の時間調整・場所の確保】の2項目であった。先行研究<sup>1)</sup>と共通の項目は、【③定期的・頻繁なMDT・CPA会議の開催】の1項目、本研究で新たに抽出された項目は、【④関連職種が集まる会議の設定と開催】の1項目であった。これらのことから、一般精神科の病棟で活用が可能な項目、活用が難しい項目が、明らかになりつつあることが示唆された。今後は、共通する項目を量的にも明確化を図ることで、司法精神医療の一般精神科への還元への方法を検討していくことの必要性が示唆された。

## E. 結論

司法精神医療における退院・地域調整に向けた支援の成果を一般精神科医療に還元するための試みとして、模擬CPA会議を核とした分科会を開催し、参加者を対象に、多職種チーム医療に基づく退院・地域調整支援の導入の可能性に関する質問紙調査を行った。その結果、

先行研究<sup>1) 2)</sup>と共通する項目が多く抽出された。

今後も司法精神医療における多職種連携を一般精神科医療に還元するための研究を積み重ねていくことで、共通項目の明確化を図り、還元を可能とする条件について検討していきたいと考える。

\*本研究は、H25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）「職種連携による医療の充実に向けた組織強化とスタッフ教育に関する研究（分担研究者：宮本真巳）」の一環として実施した。

## <引用・参考文献>

- 1) 美濃由紀子, 高橋直美, 宮本真巳: 既存の精神科病棟における多職種連携の可能性 - 司法精神医療を一般精神科医療へ還元するための試み -. 日本精神科看護学術集会誌, 55(2), pp316-320, 2012.
- 2) 美濃由紀子, 宮本真巳: 司法精神医療における治療共同体の理念に基づく多職種チーム医療 - 精神科医療への還元の試み -. 日本精神科看護学術集会誌, 56(2), pp34-38, 2013.

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

## 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

平成 25 年度

分担研究報告書

平成 26（2014）年 3 月

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教授



平成25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）

分担研究報告書

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

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教授

研究協力者：

浅井 邦彦（浅井病院）	平野 美紀（香川大学法学部）
川本 哲郎（同志社大学法学部）	藤村 尚宏（薫風会山田病院）
木ノ元直樹（弁護士）	細川 宗仁（国立病院機構北陸病院）
柑本 美和（東海大学大学院実務法学研究科）	松木 崇（弁護士）
谷 直之（同志社女子大学現代社会学部）	安田 拓人（京都大学大学院法学研究科）
中川 伸明（国立病院機構肥前精神医療センター）	山本 輝之（成城大学法学部）
永田 貴子（国立精神・神経医療研究センター病院、 千葉大学社会精神保健教育研究センター）	横藤田 誠（広島大学大学院社会科学研究科）
花田 照久（東京武蔵野病院）	分島 徹（陽和病院）
	渡邊 一弘（専修大学法学部）

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、すべての病棟で月1回以上開催されていた。審査結果についても事前審査で不承認となっ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、詳細は不明ではあるが、一部の病棟で、医療観察法の治療理念に反する向精神薬の非告知投与（隠し飲ませ）事例が存在し、倫理会議でも承認されていたという本年度の調査結果は、倫理会議の審査機能に危惧を生じさせるものといえる。

## 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)を備えた専門施設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

本研究は、平成21年度から23年度にかけて行われた「医療観察法における医療の質の向上に関する研究」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」に引き続き、医療観察法の運用における人権擁護に関する法的・倫理的課題を検討するものである。

### 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、憲法学者、弁護士)と精神科医からなる研究班を組織し、研究会議を2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25年9月21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。なお、当日は、厚生労働科学研究「医療観察法対象者の円滑な社会復帰促進に関する研究」(研究代表者:平林直次)の分担研究課題「医療観察法から精神保健福祉法による医療への円滑な移行に関する研究」(研究分担者:村田昌彦)班より、入院処遇から通院処遇を経ないで処遇終了となった事例の調査結果について報告を受け、討議を行った。

#### 2. 平成25年12月14日

指定入院医療機関向けアンケート調査の結果報告と報告書作成に向けた討議。

### 2) アンケート調査

平成25年7月15日現在、医療観察法病棟を開棟している29病院、31病棟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」(施設票:資料1)と「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」(個別票医師記入用:資料2)を送付し、回答を求めた。施設票の調査の項

目は、①倫理会議の審査実績、②対象者への説明の方法と同意取得の方法、③病棟内での暴力行為とその対応、④処遇改善請求、⑤退院許可等の申立て、⑥アドボカシーサービス、⑦携帯電話の取り扱いである。個別票医師記入用では、①患者の携帯電話使用に関して問題が生じた事例の有無と概要、②診療行為に関する同意についての回答者の考え方を尋ねた。

また、従来と同様に、質問項目の重複を回避し、回答する指定入院医療機関の負担を軽減するために、質問項目の一部は、厚生労働科学研究「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）の分担研究「指定入院医療機関に関する基礎的調査と医療の向上に関する研究」（研究分担者：平林直次）の行う「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査」の調査用紙に組み込む形で行った。「処遇関連調査」として調査した項目は、①修正型電気けいれん療法（以下、mECT）の使用、②対象者の同意なしに行われた持効性抗精神病薬（以下、デポ剤）の使用、③クロザピンの使用、④行動の制限に関する審査状況である。

（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

### （I）施設票

平成25年7月15日現在、医療観察法病棟を開棟している29病院、31病棟のうち、26病院、28病棟（回収率90.3%）から回答を得た。処遇関連調査については、25病院、27病棟（回収率87.1%）から回答を得た。

### （1）倫理会議の審査実績

平成24年7月16日～平成25年7月15日の間の倫理会議の開催頻度・開催実績、および倫理会議による治療行為の事前審査の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回開催している病棟は28病棟中11病棟であり、月1～2回が2病棟、月に1回が15病棟であった。

表1に掲げられているデポ剤に関する審査件数は、倫理会議の審査対象となった件数である。28病棟中15病棟で、104回、87名の対象者について審査が行われており、すべて承認されていた。87名中、51名は同一の病棟であり、また、1病棟では6名の対象者について43回の倫理会議が開催されていた。なお、デポ剤に関する審査の対象となった事例のうち、ガイドラインに規定されている対象者の同意のない使用の事例は2病棟2名であった。いずれも統合失調症の事例であり、事前に倫理会議で承認されていた。

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、4病棟で13回、13名の対象者について行われ、いずれも承認されていた。

クロザピンの投与に関しては、10病棟で103回、188名の対象者について審査が行われていた。このうち、155名は同一の指定入院医療機関の対象者であり、また、1病棟では5名の対象者について63回の審査が行われていた。

ガイドラインに明記されている強力な麻酔薬による鎮静の事後評価とガイドラインに具体的に記載はされていない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について表2に示した。

麻酔薬による鎮静については、2病棟で3件3名について、注射による強制投薬は3病棟で20回、7名の対象者について審査が行われ、いずれも倫理会議で承認されていた。向精神薬の経口投与に関しては、非告知の経口投

表1 倫理会議の審査実績（事前審査）

施設	病棟	実績		持効性注射製剤					向精神薬非経口投与					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	1	2	24	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2																	
B	3	1	11	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	9	9	9	0	0
C	4	1	11	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	5	2	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	6	2	21	5	5	5	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0
F	7	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G	9	1	12	43	6	43	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	10	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	2	0	0
I	11	2	15	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
J	12	2	21	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	11	11	11	0	0
K	13	2	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L	14	1	13	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M	15	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
N	16	2	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	17	1	12	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0
P	18	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q	19	1	12	12	51	51	0	0	0	0	0	0	0	12	155	155	0	0
R	20	1~2	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
S	21	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
T	22	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U	23	1	13	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0
V	24	1~2	12	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
W	25	2	24	6	6	5	1	0	6	6	6	0	0	0	0	0	0	0
X	26	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y	27	1	10	4	4	4	0	0	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0
Z	28	1	8	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	29	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
II	30	2	22	24	5	24	0	0	4	4	4	0	0	63	5	63	0	0
III	31	2	3	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	合計		381	104	87	142	1	0	13	13	13	0	0	103	188	246	1	1

31病棟は平成25年6月開棟

1病棟と2病棟は合同で倫理会議を開催



表2 倫理会議の審査実績（事後評価）

施設	病棟	麻酔薬				強制注射				経口投薬の強制 (隠し飲ませ以外)				非告知経口投薬 (隠し飲ませ)				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	回数	対象者数	承認	意見	回数	対象者数	承認	意見	回数	対象者数	承認	意見	回数	対象者数	承認	意見
A	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	4	0	0	0	0	5	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
D	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G	9	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
H	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	11	0	0	0	0	12	5	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
J	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L	14	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M	15	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
N	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q	19	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
S	21	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
T	22	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	17	2	17	0	0	0	0	0
U	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0
V	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
W	25	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	14	3	14	0	0	0	0	0	3	1	3	0	5	3	5	0
X	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	1	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y	27	0	0	0	0	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Z	28	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	29	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
II	30	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
III	31	0	0	0	0	0	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	3	3	3	0	20	7	20	0	1	1	1	0	24	7	24	0	1	1	1	0	21	4	21	0	6	4	6	0

31病棟は平成25年6月開棟

1病棟と2病棟は合同で倫理会議を開催

与（いわゆる隠し飲ませ）が4病棟で、24回、7名の対象者に対して、隠し飲ませ以外の経口投与強制は、1病棟、1回、1名の対象者について審査が行われ、いずれも承認されていた。

強制栄養は、1病棟で1回、1名の対象者について、面会の制限は、2病棟で、6回、3名の対象者について、通信の制限は、3病棟で21回、4名の対象者について、審査され、いずれも承認されていた。

## (2) mECT、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と図1に示した。

回答の得られた28病棟のうち6病棟(21.4%)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。mECTの施行された対象者は8病棟で13名であり、統合失調感情障害の1名をのぞき、すべて統合失調症と診断されていた。対象者本人からの同意が得られ

表3 修正型電気けいれん療法の施行状況

施設	病棟	実施体制	実施	実施件数	未実施例の有無***
A	1	可能	あり	2	なし
	2	可能	あり	3	なし
B	3	可能	あり	1	なし
C	4	不可能	—	—	—
D	5	可能	あり	1	なし
E	6	可能	なし	0	あり(1)
F	7	不可能*	—	—	—
	8	可能	なし	0	あり(1)
G	9	不可能	—	—	—
H	10	不可能	—	—	—
I	11	不可能	—	—	—
J	12	可能	なし	0	なし
K	13	可能	なし	0	なし
L	14	不可能	—	—	—
M	15	無回答	無回答	無回答	無回答
N	16	可能	あり	2	なし
O	17	無回答	無回答	無回答	無回答
P	18	可能**	あり	1	なし
Q	19	可能	なし	0	なし
R	20	可能	なし	0	なし
S	21	無回答	無回答	無回答	無回答
T	22	可能	なし	0	なし
U	23	可能	なし	0	なし
V	24	可能	なし	0	なし
W	25	可能	なし	0	なし
X	26	可能	なし	0	なし
Y	27	可能	あり	1	なし
Z	28	可能	なし	0	なし
I	29	無回答	無回答	無回答	無回答
II	30	可能	あり	2	なし
III	31	可能	なし	0	あり(1)

31病棟は平成25年6月開棟

1病棟と2病棟は合同で倫理会議を開催

\*7病棟は平成25年10月22日より施行可能

\*\*18病棟は平成25年3月から施行可能

\*\*\* ( ) は未実施例の件数

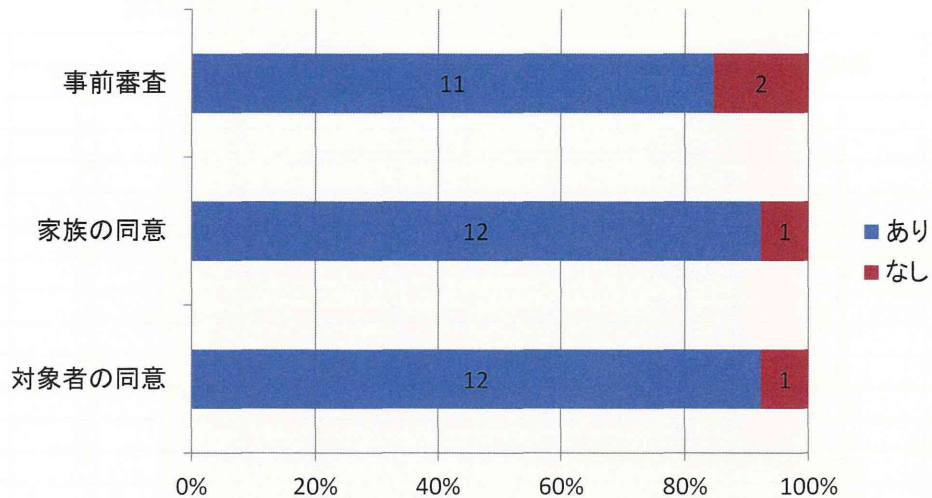


図1 電気けいれん療法施行事例 (N=13)

た事例が12名、得られなかった事例が1名であった。家族のいない対象者1名をのぞく12名では、家族の同意を得ていた。倫理会議における事前審査が行われた事例は11名、行われなかった事例は2名であった。ガイドラインで倫理会議による事前審査が規定されている対象者本人の同意のない事例1名は、統合失調症と診断されており、家族の同意を得たうえでmECTが行われており、倫理会議の事前審査でも承認されていた。なお、事前審査が行われていなかった2例はいずれもmECT継続中に開催された倫理会議において承認されていた。またそのうちの1例は、以前に同じ病棟でmECTが奏功した治療歴があり、mECT施行時には、暴力行為と服薬拒否があり、緊急にmECTを施行しないと暴力が続くリスクの高い状態にあった対象者であった。

mECTの未実施例は3例みられ、いずれも病状改善のためにmECTは施行されなかった。1例は、精神病症状を伴わない重症うつ病エピソードの診断で、対象者、家族ともに同意をしていた。のこりの2例は対象者の同意はなく家族の同意のみであったが、1例は双極性障害、もう1例は破瓜型統合失調症の診断であった。

表4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27病棟のうち、導入済が21病棟(77.8%)、導入予定が5病棟(18.5%)、導入予定なしが1病棟(3.7%)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は18病棟で77名であった。これらの対象者の同意と倫理会議での審査状況を図2に示した。対象者の同意のない1事例では、家族同意に加えて倫理会議における事前審査が行われていた。

### (3) 隔離・身体拘束に関する審査

回答の得られた27病棟中、開棟後間もない1病棟をのぞく26病棟で、75名(1~8名)の対象者に対してのべ131回(1~28回)の隔離が行われていた。倫理会議の審査結果は、事前審査が3回、事前審査と事後審査が2回、事後審査のみが126回でいずれも承認されていた。なお、以前の隔離時の審査で同様の行為があれば隔離許可という議決を得ていたため倫理会議での審査を行わなかったという事例が1例みられた。

身体拘束については、回答の得られた27病棟中、9病棟で、19名(1~6名)の対象者に

表4 指定入院医療機関におけるクロザピンの導入状況

施設	病棟	導入状況	登録要件				対象者数
			血液検査	無顆粒球症対応	糖尿病	担当者	
A	1	導入済み	○	○	○	○	4
	2	導入済み	○	○	○	○	2
B	3	導入済み	○	○	○	○	11
C	4	導入済み	○	○	○	○	3
D	5	導入済み	○	○	○	○	0
E	6	導入済み	○	○	○	○	5
F	7	導入予定	○	×	×	×	—
	8	導入予定*	○	○	○	○	—
G	9	導入予定	○	○	○	○	—
H	10	導入済み	○	○	○	○	2
I	11	導入済み	○	○	○	○	0
J	12	導入済み	○	○	○	○	11
K	13	導入済み	○	○	○	○	1
L	14	予定なし	○	×	×	×	—
M	15	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
N	16	導入済み	○	○	○	○	2
O	17	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
P	18	導入済み	○	○	○	○	5
Q	19	導入済み	○	○	○	○	15
R	20	導入済み	○	○	○	○	1
S	21	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
T	22	導入予定	○	○	○	○	—
U	23	導入済み	○	○	○	○	1
V	24	導入済み	○	○	○	○	4
W	25	導入済み	○	○	○	○	2
X	26	導入予定	○	×	×	×	—
Y	27	導入済み	○	○	○	○	2
Z	28	導入済み	○	○	○	○	0
I	29	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答	無回答
II	30	導入済み	○	○	○	○	5
III	31	導入済み	○	○	○	○	1

31病棟は平成25年6月開棟

1病棟と2病棟は合同で倫理会議を開催

\* 8病棟は申請中

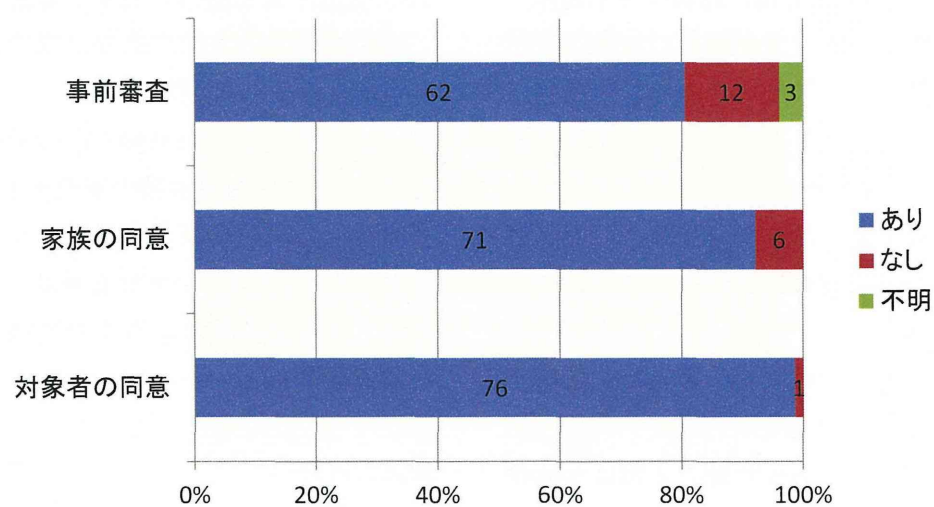


図2 クロザピン使用事例 (N=77)