

対してのべ23回（1～7回）行われており、倫理会議での審査は、すべて事後に承認されていた。

（４）対象者への説明と同意取得の方法

対象者への説明と同意取得の方法に関する回答を表5に示した。

電気けいれん療法については施行可能なすべての病棟で説明・同意取得ともに書面で行われていた。その他の治療方法については、説明・同意取得とも口頭のみで病棟が多かった。向精神薬の投与のうち、クロザピンの使用に

関しては、書面による説明・同意取得を行う病棟もみられた。

（５）暴力行為とその対処

表6に、調査期間中に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や器物損壊など物に対する暴力行為も除く）に関する回答を示した。

回答の得られた28病棟のうち19病棟（67.9%）で61件の暴力事件の発生が報告された。その被害者は、他の対象者21件、職員38件、面会者

表5 対象者への説明と同意取得の方法

施設	病棟	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	
		説明	同意	説明	同意	説明	同意	説明	同意
A	1	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
	2								
B	3	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	*	*
C	4	実施不可能		未記入		未記入		未記入	
D	5	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
E	6	書面	書面	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭
F	7	実施不可能		口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
	8	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
G	9	実施不可能		口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
H	10	書面	書面	書面	※	書面	※	書面	書面
I	11	実施不可能		口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
J	12	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
K	13	書面	書面	未記入		口頭	口頭	*	*
L	14	実施不可能		未記入		未記入		未記入	
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
N	16	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
O	17	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
P	18	書面	書面	未記入		未記入		未記入	
Q	19	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
R	20	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
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
T	22	未記入		未記入		未記入		未記入	
U	23	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
V	24	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
W	25	書面	書面	書面	書面	書面	書面	書面	書面
X	26	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	書面	○
Y	27	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	*	*
Z	28	未記入		口頭	口頭	未記入		未記入	
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
II	30	書面	書面	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭	口頭
III	31	書面	書面	書面	書面	書面	書面	書面	書面

※個別に作成した書面を使用

*クロザピンのみ書面

表6 暴力行為とその対処

施設	病棟	暴力行為の総数					警察連絡					警察官面接				
		のべ件数	被害者				のべ件数	被害者				のべ件数	被害者			
			対象者	職員	面会者	その他		対象者	職員	面会者	その他		対象者	職員	面会者	その他
A	1	5	3	2	0	0	3	1	2	0	0	1	1	0	0	0
	2	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	3	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	4	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
E	6	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G	9	12	9	3	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
H	10	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I	11	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0
J	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	13	4	0	4	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0
L	14	1	1	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
N	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	17	3	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
P	18	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Q	19	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
R	20	9	2	7	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
T	22	2	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
U	23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
V	24	2	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
W	25	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
X	26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y	27	3	1	2	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
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
II	30	1	1	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
合計		61	21	38	1	1	6	2	4	0	0	3	2	1	0	0

31病棟は平成25年6月開棟

1件、外出中1件であった。このうち、警察に連絡されたものは4病棟（14.3%）で6件あり、その被害者は他の対象者2件、職員4件であった。警察官が病棟に臨場し、対象者と面接したものは3病棟、3件であり、その被害者は他の対象者2件、職員1件であった。

(6) 処遇改善請求

表7に、調査期間中の処遇改善請求の状況を示した。

処遇改善請求は、回答の得られた28病棟中8病棟で12名の対象者によって16件の処遇改

善請求が行われていた。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は、10名、14件であった。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、2名2件であり、1名1件は審査中、1名1件は審議の結果、病棟での処遇は適当であると判断されていた。

(7) 退院許可の申立て

表8、9に調査期間中の退院許可等の申立てならびにその審判の状況を示した。回答の得

表7 処遇改善請求

施設	病棟	処遇改善請求の有無	病棟		地方厚生局				社会保障審議会			
			問い合わせ		取り下げ		社会保障審議会へ		審査結果			
			のべ	実人数	のべ	実人数	のべ	実人数	適当	不適当	継続	審査中
A	1	あり	6	5	6	5	0	0	—	—	—	—
	2											
B	3	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
C	4	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
D	5	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
E	6	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
F	7	あり	1	1	1	1	0	0	—	—	—	—
	8											
G	9	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
H	10	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
I	11	あり	2	2	2	2	0	0	—	—	—	—
J	12	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
K	13	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
L	14	あり	1	1	0	0	1	1	0	0	1	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
N	16	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
O	17	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
P	18	あり	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0
Q	19	あり	1	1	1	1	0	0	—	—	—	—
R	20	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
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
T	22	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
U	23	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
V	24	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
W	25	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
X	26	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Y	27	あり	4	1	4	1	0	0	—	—	—	—
Z	28	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
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
II	30	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
III	31	なし	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
合計			16	12	14	10	1	1	1	0	1	0

31病棟は平成25年6月開棟

表8 退院許可等申し立て

病院	病棟	申し立て				審判結果								審判期間							
		病院側		対象者側		病院側				対象者側				病院側				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	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	6ヶ月以上	1ヶ月	3ヶ月	6ヶ月	6ヶ月以上
						件数	人数			件数	人数										
A	1	27	27	15	12	0	0	25	2	15	12	0	0	0	21	6	0	0	15	0	0
	2																				
B	3	15	15	2	2	0	0	14	1	1	1	0	0	4	11	0	0	0	1	0	0
C	4	12	12	1	1	0	0	12	2	1	1	0	0	5	9	0	0	0	1	0	0
D	5	11	11	6	5	0	0	8	2	4	4	0	0	0	10	0	0	0	2	2	0
E	6	6	6	5	4	0	0	6	0	5	4	0	0	2	4	0	0	0	5	0	0
F	7	3	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
	8	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入
G	9	10	10	1	1	0	0	9	2	1	1	0	0	0	11	0	0	0	1	0	0
H	10	7	7	4	1	0	0	7	0	4	1	0	0	0	7	0	0	0	4	0	0
I	11	9	9	6	3	1	1	6	1	5	3	0	0	1	6	1	0	1	4	0	0
J	12	7	7	2	2	0	0	7	0	2	2	0	0	1	6	0	0	0	2	0	0
K	13	6	6	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0
L	14	7	7	4	4	1	1	4	1	4	4	0	0	0	5	0	1	0	3	1	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
N	16	6	6	3	2	0	0	4	2	3	2	0	0	1	5	0	0	0	3	0	0
O	17	4	4	1	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	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
Q	19	10	10	5	5	0	0	7	3	4	4	0	1	1	9	0	0	1	4	0	0
R	20	8	8	2	2	0	0	4	4	1	1	1	0	1	7	0	0	0	1	1	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
T	22	4	4	2	2	0	0	2	1	2	2	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0
U	23	3	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0
V	24	19	10	1	1	0	0	17	2	1	1	0	0	0	19	0	0	0	0	0	0
W	25	4	4	3	2	0	0	3	1	3	2	0	0	0	4	0	0	1	1	1	0
X	26	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Y	27	2	2	2	1	0	0	2	0	2	1	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0
Z	28	2	2	0	0	2	2	1	1	0	0	0	0	0	1	1	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
II	30	8	8	9	6	1	1	2	4	8	6	0	0	2	6	2	0	1	6	0	2
III	31	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
合計		190	181	75	58	5	5	152	29	67	53	1	1	19	159	11	1	6	55	5	2

31病棟は平成25年6月開棟

表9 退院許可等申立て

病院	病棟	決定総数・審判期日				審判場所					
		病院側		対象者側		病院側			対象者側		
		決定総数	審判期日	決定総数	審判期日	裁判所	病院	その他	裁判所	病院	その他
A	1	27	27	5	0	27	0	0	—	—	—
	2										
B	3	15	15	1	1	15	0	0	1	0	0
C	4	12	1	1	0	1	0	0	—	—	—
D	5	10	10	0	0	10	0	0	—	—	—
E	6	6	6	5	5	6	0	0	5	0	0
F	7	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	8	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入	未記入
G	9	11	0	1	0	—	—	—	—	—	—
H	10	7	0	4	0	—	—	—	—	—	—
I	11	3	2	0	0	2	0	0	—	—	—
J	12	7	7	0	0	6	0	1	—	—	—
K	13	6	0	0	0	6	—	—	—	—	—
L	14	6	6	4	4	6	0	0	4	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
N	16	6	5	3	0	1	4	0	—	—	—
O	17	3	0	0	0	—	—	—	—	—	—
P	18	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—
Q	19	10	1	4	2	1	0	0	0	2	0
R	20	8	2	2	2	2	0	0	2	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
T	22	3	3	2	2	3	0	0	2	0	0
U	23	3	3	0	0	3	0	0	0	0	0
V	24	19	19	0	0	19	0	0	0	0	0
W	25	4	3	3	0	3	0	0	0	0	0
X	26	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—
Y	27	2	1	0	0	1	0	0	—	—	—
Z	28	2	2	0	0	1	1	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
II	30	7	2	10	0	2	0	0	—	—	—
III	31	0	0	0	0	—	—	—	—	—	—
合計		180	115	45	16	115	5	1	14	2	0

31病棟は平成25年6月開棟

5病棟：対象者が参加する審判期日の件数

られた28病棟では、病院側から、181名の対象者について190件の申立てが、対象者側から58名の対象者について75件の退院許可等の申立てが行われていた。

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）152件、容認（医療終了）29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67件（53名）、容認（退院）1件、容認（医療終了）1件であった。

申立てから審判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19件、1～3ヶ月が最多で159件、3～6ヶ月が11件、6ヶ月を超える事例が1件であった。対象者側からの申立てにおいても1～3ヶ月の事例が45件と最多で、1ヵ月以内は6件、3～6ヶ月が55件で、6ヶ月以上が2件（ただし決定は対象者側の申立て後に行われた申立てと併合決定がなされているので、後から行われた申立てから併合決定までの期間は6ヶ月以下）であった。

審判決定までの期間が6ヶ月を超えた事例

は、病院側から医療終了の申立てを行い、約4ヶ月後に裁判官、審判員、書記官が対象者と面接した。その後複数回、帰住予定先の社会復帰調整官や福祉事務所と帰住地や処遇終了後の生活について話し合うも、双方の意見が食い違い、平行線のまま過ぎていった。最終的に病院側の申立てから約9ヶ月後に、裁判所が、入院継続の決定を行ったという事例であった。

審判決定の総数は、病院側180件、対象者側45件であり、審判期日が開催された件数は、病院側115件、対象者側16件であった。審判期日の開催場所は、病院側の申立てでは、裁判所115件、病院5件、その他1件であり、対象者側の申立てでは、裁判所14件、病院2件であった。

(8) アドボカシーサービスについて

表10に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）に関する設問の回答を示した。弁護士等による相談が行われていると回答したのは14病棟（定期的：9、不定期：5）であり、14病棟では、未だ一度も行なわれたことがないという回答であった。これら14病棟についてアドボカシーサービスが行われていない理由を尋ねたところ、「必要を感じない」という回答が2病棟、「実施したいがアドボカシーを行う人がいない」という回答が5病棟、「実施したいが費用面で困難がある」という回答が3病棟であった。

アドボカシーサービスが定期的に行われている9病棟すべてで弁護士が来棟しており、さらに弁護士以外の有識者（NPO職員）が来棟する病棟は3病棟であった。費用に関して回答のあった13病棟のうち、交通費の負担については、病院負担が2病棟、法テラスによる援助が7病棟、法テラスによる援助+来棟者個人負担が1病棟、来棟者個人負担が1病棟、国

選弁護士1病棟、無料1病棟であった。謝礼については、法テラスの援助を受けていると回答した病棟が6病棟、謝金の支払いはないと回答した病棟は6病棟、無料1病棟であった。

(9) 携帯電話の使用に関して

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・所有する携帯電話とに分けて質問した。

対象者個人の所有する携帯電話の取り扱いについては、「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15病棟、「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13病棟であり、「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」という病棟はなかった（図3）。

「一定の条件で渡す」と答えた13病棟に対し、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病棟で最多であった（図4）。治療ステージでは、「社会復帰ステージから」が7病棟（図5）と最多であった。架電可能な相手（図6）は、「病棟スタッフ」が9病棟、「家族」が8病棟、「家族以外の知人・友人」、「社会復帰調整官・保健師・福祉事務所ワーカーなど地域処遇にかかわる人」、「上記以外の第三者等」がそれぞれ7病棟であった。個人の携帯電話で通話以外に使用可能な目的（図7）については、「アドレス帳の確認」が9病棟、「着信の有無の確認」が6病棟、「メールの送受信」が3病棟、「インターネット機能の利用」が1病棟であった。「写真機能の利用」、「音楽・動画の視聴」、「録音、録画」が可能と回答した病棟はなかった。個人の携帯電話の病棟内での使用（図8）については、「スタッフの付き添いがあれば使用できる」が7病棟、「病棟内では使用禁止である（所持のみ可能）」が4病棟、「スタッフルームの前などスタッフの目の届くところであれば使用でき

表10 アドボカシーサービスの状況

病院	病棟	サービスの有無			行われない理由				来棟者		費用	
		定期的	不定期	一度もない	必要ない	人がいない	費用	その他	弁護士	弁護士以外	交通費	謝礼
A	1	○			—	—	—	—	○	○	法テラス	法テラス
	2	○			—	—	—	—	○	○	法テラス	法テラス
B	3	○			—	—	—	—	○	—	病院	支払いなし
C	4			○		○	○		—	—	—	—
D	5			○		○		希望無	—	—	—	—
E	6	○			—	—	—	—	○	—	病院	支払いなし
F	7			○				検討中	—	—	—	—
	8		○		—	—	—	—	—	—	法テラス+個人	支払いなし
G	9			○	○				—	—	—	—
H	10			○		○			—	—	—	—
I	11		○		—	—	—	—	—	—	法テラス	支払いなし
J	12			○				個別対応	—	—	—	—
K	13		○		—	—	—	—	—	—	国選弁護士	支払いなし
L	14		○		—	—	—	—	—	—	—	支払いなし
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
N	16			○		○			—	—	—	—
O	17			○				弁護士会から対応不可	—	—	—	—
P	18	○			—	—	—	—	○	NPO法人	無料	無料
Q	19	○			—	—	—	—	○	—	来棟者	支払いなし
R	20			○				必要時には法テラス利用	—	—	—	—
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
T	22			○	○				—	—	—	—
U	23		○		—	—	—	—	—	—	法テラス	法テラス
V	24	○			—	—	—	—	○	—	法テラス	法テラス
W	25			○			○		—	—	—	—
X	26			○		○	○		—	—	—	—
Y	27	○			—	—	—	—	○	—	法テラス	法テラス
Z	28			○				個別対応	—	—	—	—
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
II	30	○			—	—	—	—	○	—	法テラス	法テラス
III	31			○				体制はあるが希望無	—	—	—	—

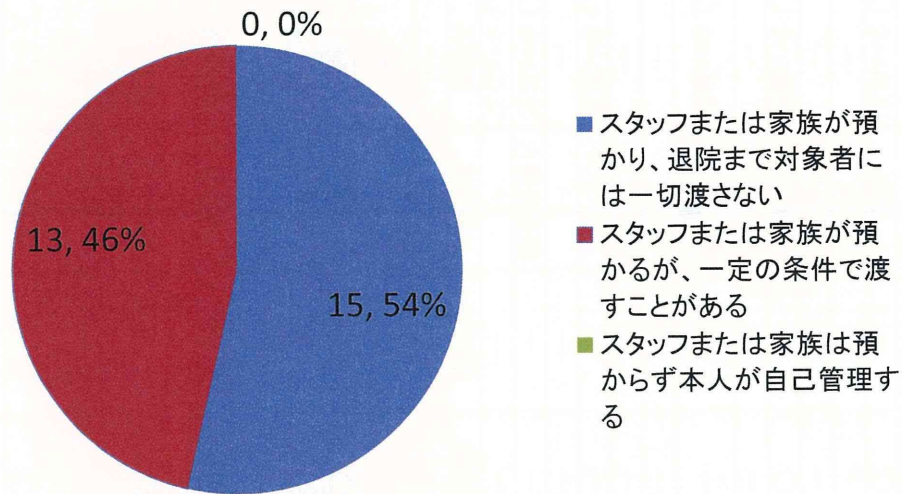


図3 対象者個人の携帯電話の取り扱い (N=28)

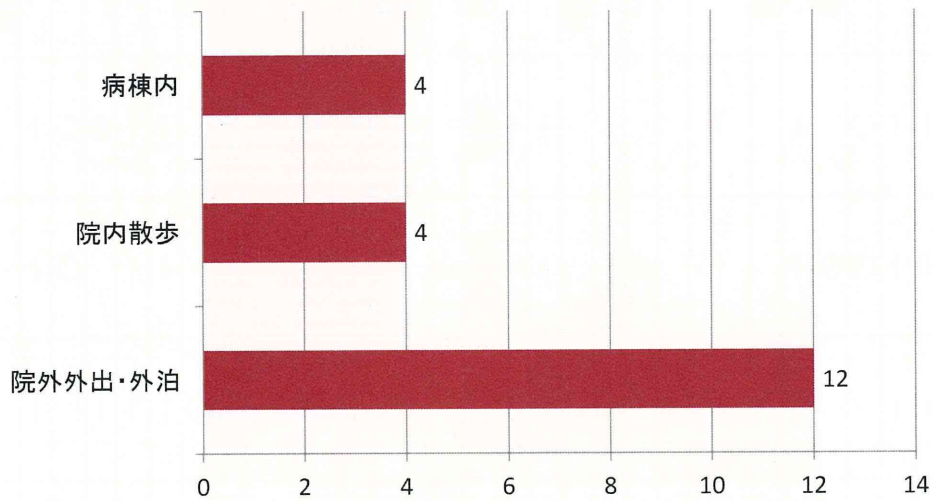


図4 個人の携帯電話の使用可能な状況 (N=13 複数回答)

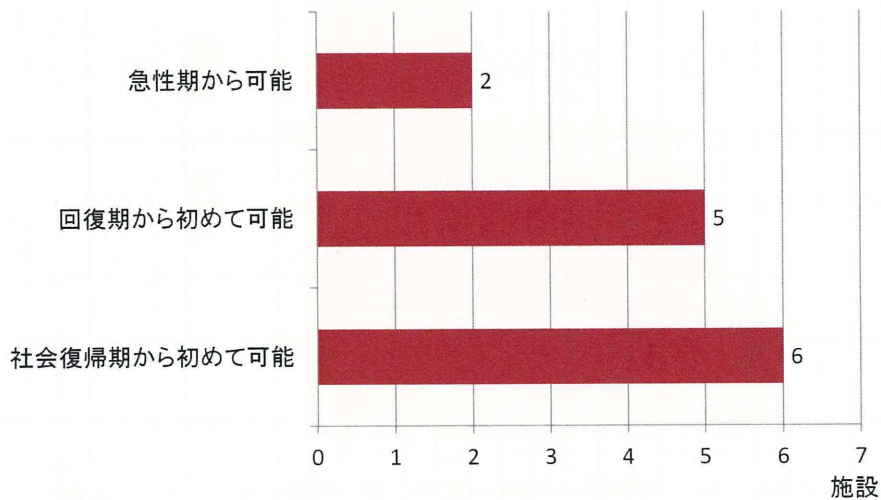


図5 個人の携帯電話の使用可能な治療ステージ (N=13 施設)

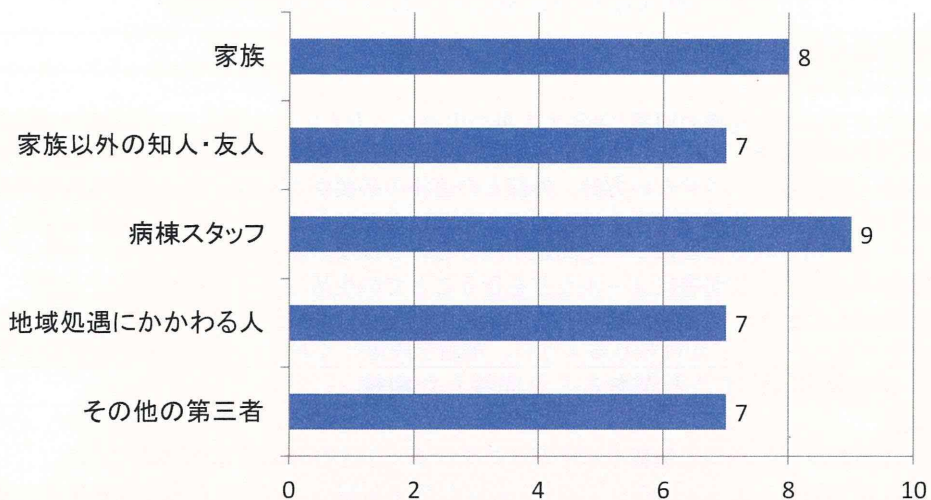


図6 個人の携帯電話で架電可能な相手 (N=13 複数回答)

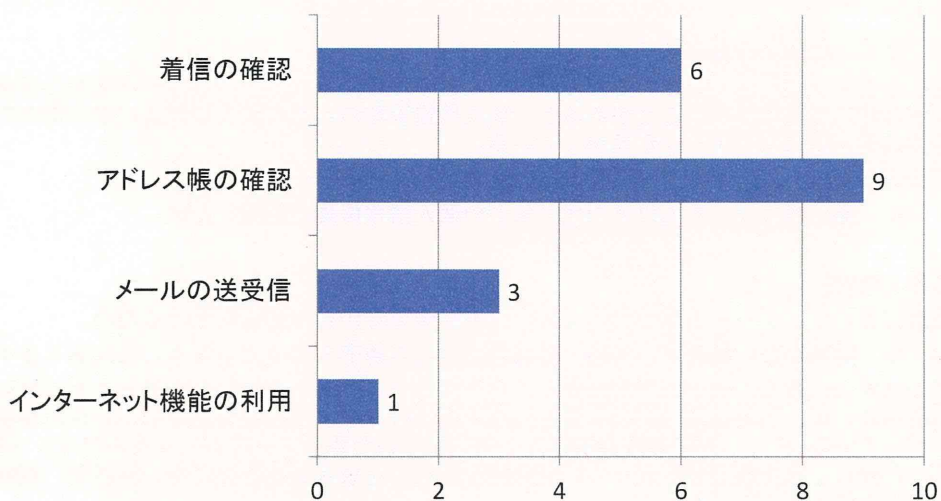


図7 個人の携帯電話の使用可能な目的 (N=13 複数回答)

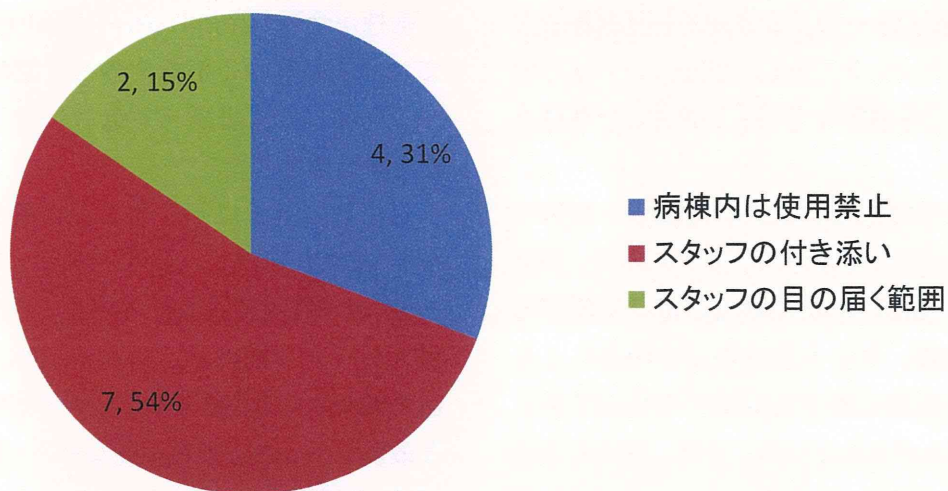


図8 個人の携帯電話の使用可能な状況 (N=13)

表11 個人所有の携帯電話の取り扱い方針の理由

<p>「退院するまで本人には一切渡さない」と回答した病棟</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 不要・セキュリティのため。 ● 対象者同士のアドレスの交換の回避(守秘する事の出来ない方もいるため)。アプリ制限の範囲が難しい。かけている相手の把握がしにくい。サイトへ病棟内の写真や対象者の顔などが流出する事も考えられる。 ● 撮影機能がある機器は所持させない方針。外部との連絡の必要がある場合は、公衆電話使用が基本。 ● 全病棟内での携帯電話の使用はできませんので、それに準じています。電話機能以外の目的（インターネットなど）で使用されることについて問題が起こるのではないかと危惧されるからです。 ● 個人情報保護の点から。夜間等にメールなどを行うことでの生活リズムの乱れを防ぐため。 ● カメラ機能が付いているため、使用禁止としている。外出・外泊時には、病院の携帯を所持してもらっている。対象者がかけたい時にかけられるように、電話を設置しており、携帯電話が必須とは考えにくい。
<p>「一定の条件下で本人に渡すことがある」と回答した病棟</p> <p>【制限する理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 入院中の対象者のプライバシー情報や写真がインターネット上に流出するのを防ぐため。 ● web通信が可能であり、他対象者のプライバシーを保護する観点。治療に専念できる環境の準備。 ● 他対象者の個人情報漏洩防止。(カメラ機能) ● 高機能携帯電話の棟内持ち込みによる個人情報漏えい保護の目的のため。 ● 最近の携帯電話には、写真、ムービー機能があり、ネットにも接続することができる。そうした機能を使われると、対象者のプライバシー保護や、病棟の外部に出すべきではない情報の保持に支障をきたす可能性がある。 ● 情報セキュリティの観点から。 ● 携帯電話にはカメラ機能がついているものがほとんどのため、万一他の対象者の写真がこっそり撮影され、それが外部にもれるようなことがあると、個人情報管理の点から重大な問題になり得るので、本人の携帯電話は基本的にはスタッフが預かっている。 ● 個人情報管理のため。(写真などの画像データ流出防止、インターネット) ● 写真・メール・通信機能等、本人以外の他対象者の個人情報保護が困難なため。 <p>【許可する条件・理由】</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 帰住地調整において、アパート等の契約に伴い、不動産業者からの連絡を受けるため。 ● 病状において、問題がない場合や、外出・外泊時に自身の携帯を持ってもらうことはあります。 ● 外出の際には本人に渡し、病棟外で電話をかけたたり、メールチェックをしたりすることは許可している。特に外泊訓練時には、退院後関係機関に自ら連絡を取る練習をする必要もあることから、積極的に使用していただいている。また、外出の機会が月に1回と少ないため、メールチェックやアドレス確認などの希望があった際は、看護師が付き添って、面会室など他の対象者との接触がない場所で、短時間だけ携帯電話の操作を許可することもある。 ● 外出・外泊時や、病棟エリアではない、面会室でスタッフ立ち合いによる一時的使用としている。

る」が2病棟であった。「公衆電話の設置場所など電話用のスペースであれば使用できる」、「病棟内のどこでも使用できる」と回答した病棟はなかった。

個人の携帯電話の取り扱いに関する病棟の方針の理由に関する回答を表11に示した。制限する理由としては、携帯電話の電話機能以外の撮影、録画、ネット接続などの機能による個人情報の流出に対する危惧やセキュリティ保持などがあげられていた。また、許可する理由としては、外出・外泊時の使用が想定されていた。

病棟が管理・所有する携帯電話の使用については、未回答の1病棟をのぞく27病棟すべてで、病棟の携帯電話を対象者に貸し出すことがあると回答した。

対象者の貸し出しに関する詳細な回答の得られた26病棟のすべてで院外外出・外泊時に病棟管理の携帯電話を貸し出していた(図9)。治療ステージ(図10)については、個人の携帯電話と異なり「回復期から」という回答が16病棟と最多であった。架電可能な相手(図11)としては、26病棟すべてで「病棟スタッフ」があげられており、「社会復帰調整官・保健師・福祉

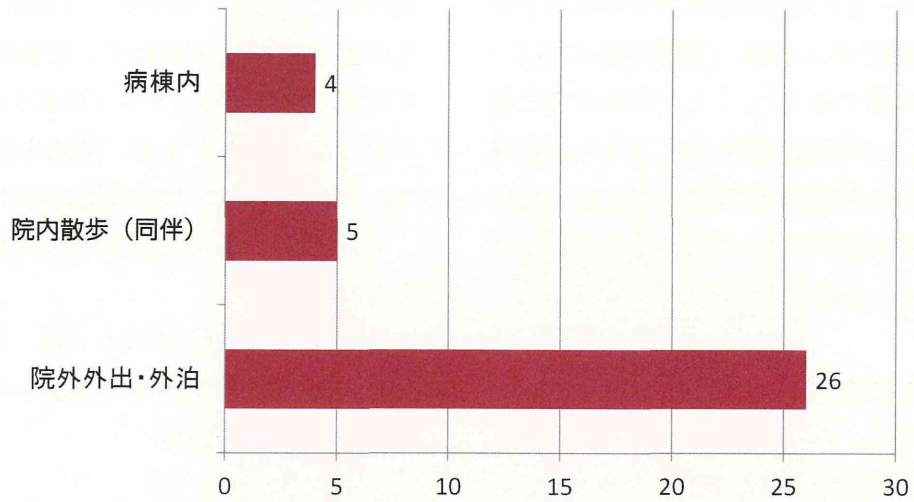


図9 病棟の携帯電話を使用可能な場所（N=26 複数回答）

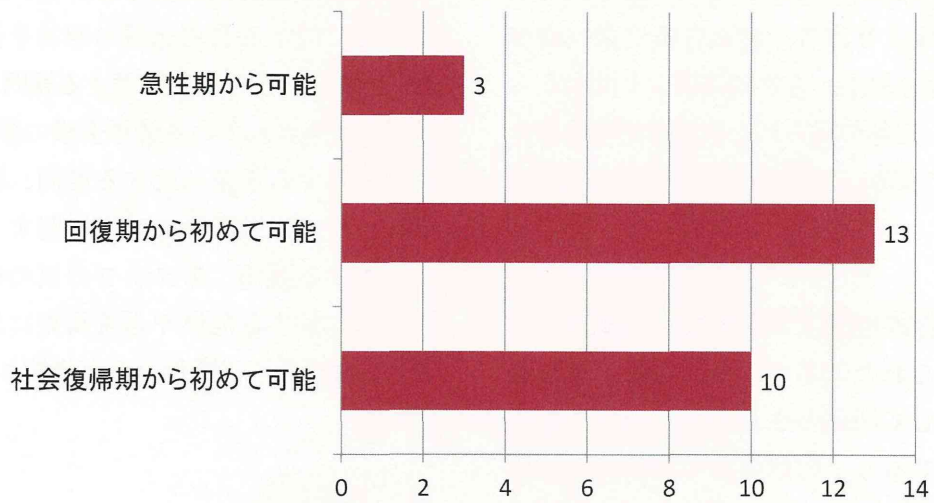


図10 病棟の携帯電話を使用可能な対象者の治療ステージ（N=26）

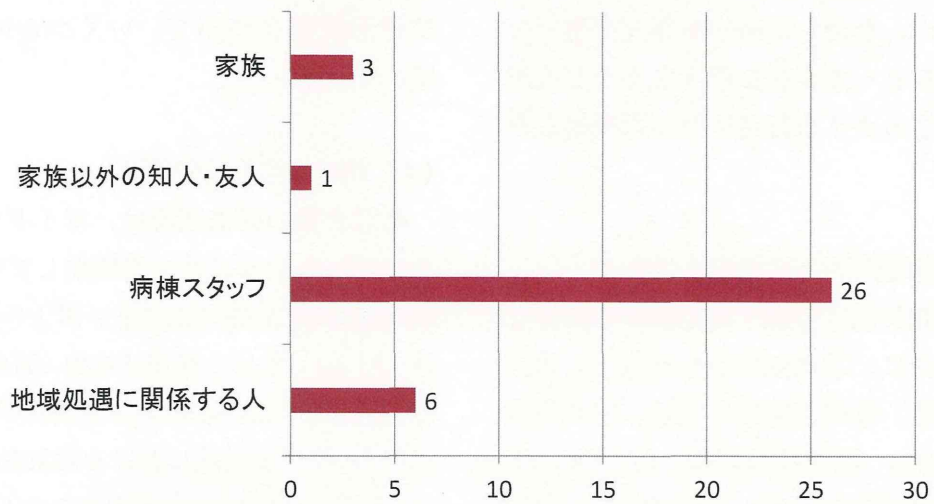


図11 病棟の携帯電話で架電可能な相手（N=26 複数回答）

事務所ワーカーなど地域処遇にかかわる人」が6病棟、「家族」が3病棟、「家族以外の知人・友人」が1病棟であった。「上記以外の第三者等」と回答した病棟はなかった。こうした結果は、病棟管理の携帯電話の貸し出しが、院外外出・外泊時の病棟スタッフとの連絡を目的として行われていることを示すものである。

(10) 民事訴訟の提起

調査期間中に、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はなかった。

(II) 個別票

個別票医師記入用については、国立系17病棟中、14病棟より27名、都道府県立系14病棟中、12病棟より31名、合計26病棟より58名から回答を得た。回答の得られた医師の平均臨床年数は15.5年である。回答者の専門資格を表12に示した。

(1) 携帯電話の使用で問題の生じた事例

回答の得られた58名のうち、患者の携帯電話使用に関して問題の生じた事例を経験した医師は10名であり、問題の生じた事例が11例報告された。問題の生じた事例の概要を表13に示した。個別の対応として携帯電話の使用を許可した事例や、説得により最終的に同意した事例もあるが、なかには薬物依存症で薬物の売人と連絡をとって薬物を購入するなど治療環境を破壊するような行為に及んだ事例も存在していた。

(2) 患者の診療行為への同意について

患者の同意に関する個々の医師の考え方を把握するために、①電気けいれん療法、②持効性注射製剤、③向精神薬の注射、④向精神薬の経口投与、⑤精神科面接、⑥採血、⑦CT/MRI、⑧PET/SPECT、⑨心理検査、⑩任意入院、について、「患者が積極的に拒んでい

なければ、同意と見なす」、「内容・効果についての理解の程度を問わず、患者が同意を表明すれば、同意と見なす」、「患者が内容・効果を十分に理解したうえで、同意を表明して初めて、同意と見なす」の3段階にわけて質問した。

それぞれの設問に対する回答を図12～14に示した。

治療行為（図13）に関しては、医的侵襲の度合いの高い治療法ほど、同意をより厳格に捉える傾向がみられた。

(3) 医療観察法病棟における医療に関する苦勞や懸念

医療観察法病棟における医療に関する苦勞や懸念に関する自由記載の回答を表14に示した。当初審判での判断に関する疑問、ガイドラインに規定されている各種会議の多さや外出・外泊に関する規定に関する疑問、治療プログラム、特に病識獲得や内省に関するプログラムに対する疑問、スタッフの質の確保、入院長期化に対する危惧や退院調整における困難さ、人材確保の必要性などが指摘された。

D. 考察

これ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

倫理会議の開催頻度は、ガイドラインで示されている通りに月2回開催している病棟は28病棟中、11病棟（39.3%）、月1～2回が2病棟（7.1%）、月に1回が15病棟（53.6%）であった。平成18～20年度の厚生労働科学研究（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）で、

表12 回答者の専門資格

	あり	なし	未記入
精神保健指定医	50	7	1
精神保健判定医	29	26	3
日本精神神経学会専門医	40	16	2
日本精神神経学会指導医	30	25	3
臨床研修指導医	33	21	4

表13 携帯電話使用で問題の生じた事例

診断	入院形態	状況
躁状態	医療保護	職場への連絡等で本人が使用したがった。
躁病	医療保護	病棟では禁止になっているが、どうしてもかけたい、もちたい、とゆずらず。
躁状態（統合失調感情障害）	通院	通院中の患者（躁状態）が入院中の身内の面会に来た際、携帯のカメラで病院内の（患者がいる）風景を撮影。確認しようとすると「撮ってない」と興奮し、トラブルになった。
うつ病	医療保護	仕事上、定期的メールチェックの希望があり、個別の事情として応じた。
物質使用障害	医療観察法入院	退院のための住居設定の際、必要になったが、話の内容の合法性が疑わしかったため。
アルコール依存症	任意	仕事の連絡が必要とのことで携帯電話使用の申し出があったが、病院の規則で、使用できないことを繰り返し説明し、最終的には同意された。
薬物依存症	任意	入院中に携帯電話で売人に連絡し、薬物を購入（逆に、売人からの連絡で無断外出したケースもあり）。
覚醒剤依存症	任意	仲間と連絡を取り合っていた。
神経症圏	任意	仕事上、定期的メールチェックの希望があり、個別の事情として応じた。
境界性パーソナリティ障害	任意	病棟内の写真を撮って、ブログにアップした。
未記入	措置	入院となったことを家族に知らせたいが電話番号は携帯のアドレス帳の中ということで、目の前で携帯電話を使用してもらった。

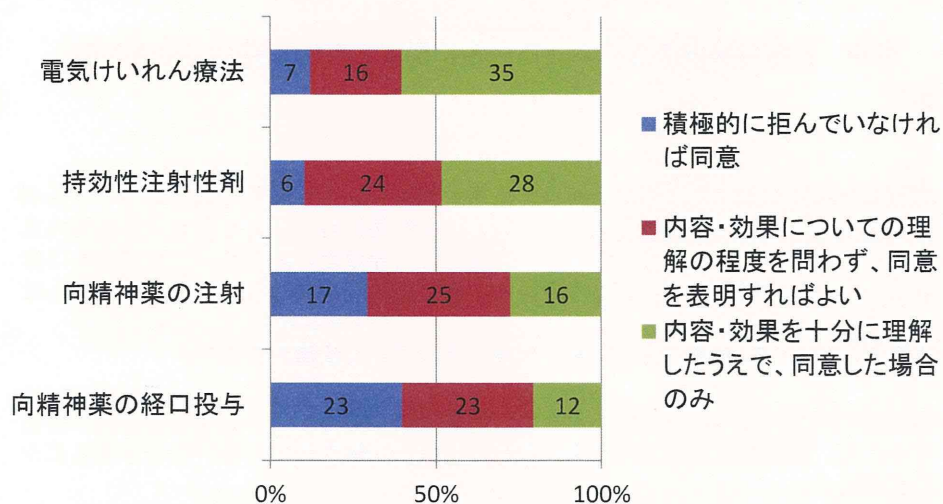


図12 診療行為への同意 治療行為 (N=58)

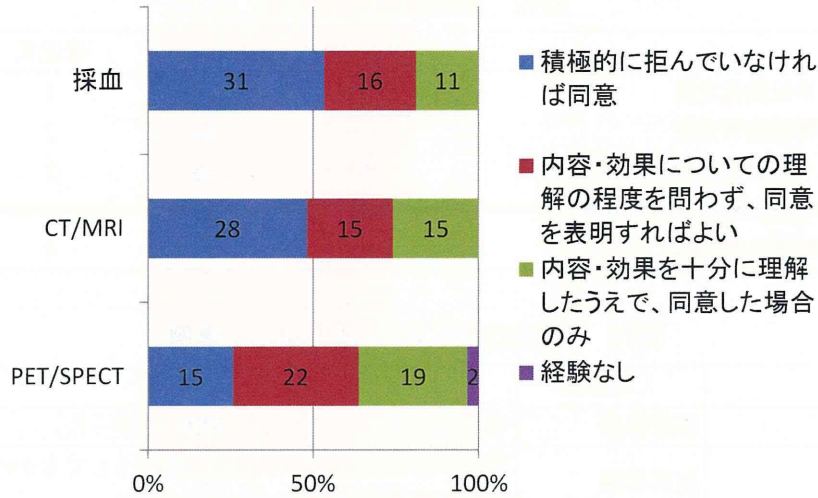


図13 診療行為への同意 身体的検査 (N=58)

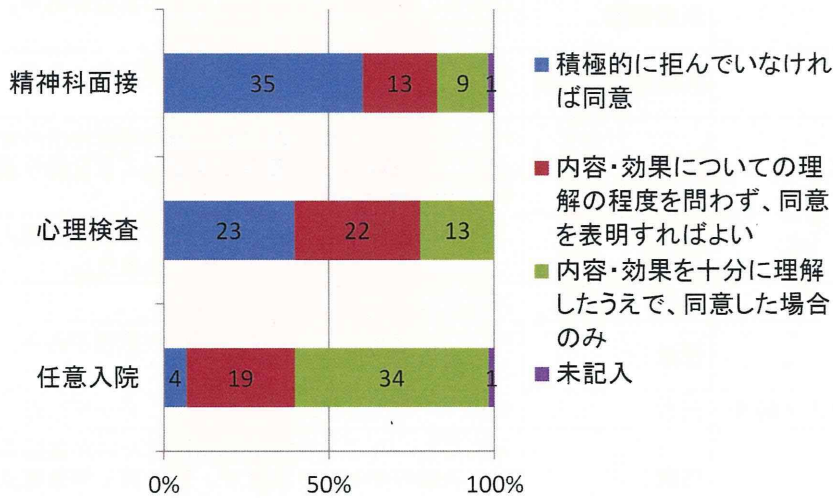


図14 診療行為への同意 その他 (N=58)

表14 医療観察法病棟における医療に関する苦勞や懸念 (自由記載)

意見	精神科臨床経験年数
制度一般	
医療観察法にかかわり始めた当初は、法律上必要なシステムとは認識しつつ、「心神耗弱・喪失」及び医療観察法における保護的な処遇に対し、もし自分が被害者の立場だったら納得できないだろうなと感じました。今はだいたいそういう気持ちは薄れていますが、世間一般からはそういった厳しい視線を向けられるシステムだとは考えています。	6
当初審判	
実現不可能な内容が多過ぎる。努力目標を書いている法律だと思う。	16
疾病性で治療反応性に問題があるなど、刑事司法で対応すべき対象者がまれに存在すること。医療観察法鑑定の結果が裁判に十分に反映されていないこともあるように思われる。	5

	疾病性、治療反応性が十分でないにもかかわらず、「このまま社会に返すと再犯の可能性が高い」という一点のみ重視し、入院処遇決定されたとしか思えないケースが複数見受けられます。刑事鑑定、医療鑑定法鑑定の質をもっと上げる必要性を感じます。	12
	本来、医療観察法にのせるべきかどうか疑問を持つケースが当初審判で散見される。	20
	法の入院か通院を決定する際に裁判所側に柔軟性が無い。	12
	当初審判において三要件について十分な検討がされているのか疑問を感じます。「マンパワーの面から精神保健福祉法では扱えないから」が実質的な理由である入院が増えていくことが懸念されます。	8
ガイドライン	に規定される治療構造に関する意見	
	ミーティングや会議で拘束される時間があまりにも長く、日程調整に苦労します。	5
	多職種で密な評価・治療をすすめること自体はすばらしいことだが・・・精神保健福祉法の臨床を同時にやっていると落差を感じます。福祉法にももう少し、人的、物的資源が投入できるのはいつの日になるのでしょうか。	
	倫理的な配慮や人権的な面から様々な手続きが必要であり、非同意での薬物投与や行動制限をためらうことが多く、結果として対応が後手にまわり、迅速な介入ができずに暴力等へ至ってしまったケースがしばしばあった。配慮のあまり、かえって患者にとって加害者になってしまうなど不利益が生じた。従来有病棟であればもう少し早い段階で注射・隔離等の対応がとられ、暴力へと至ることはなかったと思われる。	12
	本制度に目新しさがなくなってきた現状で、医療を動かすのに時間や手間がかかる一方で、医師の裁量権が小さい。	20
	会議が多く、書類作成も多いこと。	19
	一般の精神科医療と兼務しているが、受けもち患者が多く、会議などに十分参加できない。	7
	当院ではセキュリティに重点がおかれるあまり、観察法病棟の対象者の生活や活動に対し制約が多すぎる面があるが、なかなかそれを改善できないこと。	21
	院内外出、近隣への院外外出、リスクの少ない対象者の外泊などに際し、付き添いスタッフを常に2名配置しなければならない、というガイドライン上の規定があり、そのために外出泊訓練の回数を制限せざるを得ない状況となっていて、必要以上に入院期間が長くなってしまふ点が何とか改善されないか、と思っている。	21
	外出泊、ケア会議、裁判所へ行っての審判など、スタッフつきそいで院外へ出る時が多く、スタッフの負担が大きい。	10
治療プログラム		
	矯正教育の側面のある治療について。当方は、矯正教育を“治療”とは考えていないため、とまどいます。	7
	対象行為についての内省について、医療の範囲のみで対処することに限界を感じることもある。司法の立場からの介入、協力がもっとあっても良いのではないかと感じる。	13
	患者の病識についての教育を行ってはいるが、ほとんど変化がない。対象行為に対しても正当化するのみで、内省は欠如している。家族も患者と同様の妄想を認めており、治療への理解が得られない。	10
	対象行為への内省を得ることのむずかしさを感じている。病識の欠如している対象者の治療の困難さがある。	28
対象者		
	対象者の精神遅滞、発達障害、人格障害などの併存で対応に苦慮するケースが多い。	10
	疾病というよりも、人格面の未熟さゆえに入院生活に適應できない方の対応に苦慮する。	20
	人格障害、精神遅滞、発達障害など、合併した症例がしばしばあり、こうした症例では合併した病態に基づいていると考えられる問題行動を頻繁に繰り返すもの、社会適應が非常に悪いものがあり、治療やゴールの設定、居住地の選定に苦慮します。	28
スタッフ		
	看護師の力量や法的な知識があまりにも不足しており、プライマリとしての役割をはたしていない。	5
	心理士が精神療法の技能を十分に習得しておらず、内省プログラムが成立していない。対象行為に至る精神病理的解釈ができないため、対象行為に至る要因の共有ができない。	5

	作業療法士が面接の仕方をしらず、安易に逆転がおこるためチームと対象者のラポールがくずれることが多い。	5
	病棟スタッフの異動が繰り返されていくことによって、開棟当初のように集中的な研修を受けていない者、観察法病棟を特に希望していなかった者などが多くなり、医療の質を徐々に担保できなくなっていること（異動してくるスタッフが、医療観察法の理念や制度を十分理解していない、専門的なスキルを習得していない、対象者の治療に対するモチベーションが低い、などが理由）。	21
	スタッフへのケア	12
入院長期化	長期入院をどのように防ぐか。	29
	長期事例などでは、もっと裁判所が積極的に介入してほしい。日常的にも。	12
	観察法医療が長期化（2年以上）している事例が増えてきており、中でも治療反応性に限界のある事例について、今後の処遇をどうするかについて、指針がないこと。	21
退院調整	退院地調整（指定通院機関、グループホームなどの居住地などの決定）が非常に困難な当県外地域があり、その地域への退院にはかなりの時間と労力を要します。特に、クロザリル使用の対象者に関しては、結局受け入れ先がなく、県は異なりましたが、当院での通院処遇とした例もあります。また、指定通院機関に打診した際、対象行為が“殺人”ということを経由して断られた例もあります。今、退院地調整がよりスムーズに行えるシステムがあればと思います。	10
	対象者を地域に戻すという点で、被害者側から退院してくるのが怖い、戻さないで欲しいと強く言われ、調整の難しさを感じたことがあります。	6
	医観法の対象であることから、Stigmaとなり、受け入れ場所の調整がつかず長期入院が増えており、社会的入院となっている。入院機関の努力ではどうにもならず、国等の施策が望まれる。	12
	処遇終了した場合の受け入れ病院をどのように確保するか、退院先の確保	29
	指定通院先との密な連携がとりにくい。特に、指定通院先や他府県の場合難しくなりやすい。	20
	病状が安定していても、指定通院医療機関、社会資源などに地域差があり、対象者の円滑な地域移行ができず、入院が長期化している症例がみられる。	15
	地域病院間によって、法の理解に著しい差があり、地域移行が進まないケースがある。	12
	クロザリル使用時の通院先の確保	12
	指定通院医療機関がなかなか増えていかないため、通院先が決定しないことが社会復帰の要因となっていること。また、通院医療機関の偏在にも困っている。	21
合併症	身体疾患の悪化のさいに、転院などすれば、スタッフの負担が増えるのが非常に困る。	10
	高齢者の合併症対応。	20
	身体合併症時の対応、転院（セキュリティの確保）	12
	身体合併症を持つ患者の定期検査受診の受け入れ可能な医療機関を見つけることに困難を感じることもある。	3
	週1回他病棟には近くの病院から内科医が非常勤として往診に来てくれている。	18
	当院医療観察法病棟開棟後は、当然往診してくれるものと思っていたが、いろいろあった末結局断られた。その上医療観察法病棟の患者はその病院（最寄りの総合病院、精神科無、車で2-3分）外来受診することすら断られた。聞くところによるとその病院の医局会の強い反対があったとのこと（ちなみに往診にきているDR自身はOKだったとのこと）プライマリケアをスムーズに受けられることは司法病棟に入院している患者の権利であると思われ、それが踏みにじられた思いがある。（ちなみに入院処置になった場合の精神病床ありの総合病院は他に確保しているが遠方車で1時間程度である）	
人材確保	大学講座にて司法精神医学の実務が評価される場が乏しいため、当インセンティブが乏しく、後進が医長クラスで参加してくる人が乏しいのが困る。他にもいろいろあります。	20
	医療観察法に関与する（興味を持つ）医師が増えることを期待します。	22

ストレスが高い病棟ではあるが、インセンティブ（Staffに対する）がなく、燃えつきが懸念される。実際、辞めてしまった職員も多い。	12
マンパワー不足。	7
人材確保（特に医師）	20
法に関わる医者が絶対的に不足している。	12
医療観察法医療を担う若手の育成を思うように進められないこと。	21
人手不足	26
その他	
通院医療機関の負担が大きいわりに、メリットが少ない。	7
この手のアンケートや調査が多く、業務に支障をきたす。	30
入院中に自動車運転免許の更新時期がきたときに、どのように対応するのか悩むことが多い。（特に対象者の更新希望が強いとき）	10
指定入院医療のフル規格病棟はやっと1年ですので、定型的な通院移行でない。例えば、指定入院医療のなかで治療可能性の程度が限定的な症例の経験が不十分なので、ノウハウを蓄積せねばと考えています。	22
精神病理学が不在な所	40
院内暴力の予防	12

提案した倫理会議は「議題の有無を問わず、最低月1回は開催する」という課題はすでにすべての病棟で達成されていることになる。

（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に関する審査は、昨年度は0件であったが、本年度は2件であった。対象者の同意の得られない向精神薬の非経口投与ならびにクロザピン投与の事前審査の件数は、昨年度と比較して若干増加していた。事後審査については、強力な麻酔薬による鎮静が、3回、3名であり、1回、1名であった昨年度と比較して増加していた。注射による強制投薬は審査回数、対象者数とも昨年度と比較して若干増加、強制栄養と面会の制限は審査回数、対象者数ともほぼ同数、通信の制限は対象者数はほぼ同じであるが、審査回数が増加していた。

デポ剤とクロザピンの投与に関する事前審査では、継続審査や不承認となった事例もみられ、倫理会議のセカンド・オピニオンとしての機能は全体としては、おおむね順調と評価できる。

向精神薬の経口投与に関しては、前年度までは非同意経口投与として一括して調査して

いたが、本年度は、非告知経口投与（隠し飲ませ）と隠し飲ませ以外の経口投与の強制とに分けて調査した。非告知の経口投与（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の強制は、1病棟で、1回、1名の対象者について審査が行われており、両項目をあわせると、5病棟で、25回、8名の対象者について審査が行われたことになる。昨年度までの非同意経口投与の審査件数は、平成21年度3病棟、6回、6名、平成22年度1病棟、1回、1名、平成23年度は、4病棟、9回、6名、平成24年度は、3病棟、8回、3名であった。昨年度までと比較すると、対象者数には大きな変化はないものの、審査回数についてはかなり増加している。

向精神薬の隠し飲ませは、法的にも倫理的にも明らかに問題のある治療方法であるが、一昔前の精神科臨床においては、精神疾患の疑いがあるが家族等が受診させることが困難な患者に対する弥縫策として、家族に対して抗精神病薬等の水薬を処方し、患者に服用させることが行われていた。隠し飲ませは、患者をだまして向精神薬を服用させる行為であり、かりに患者の精神状態が改善したとしても、患者自身は改善の理由を知る機会もなく、服薬の必要性を患者自身が理解する可能性も

ない。対象者自身が自らの疾病および疾病と対象行為との関連を理解し、必要な医療および援助を自ら求められるようになることを目的とする指定入院医療機関における医療とは相いれない性質のものである。隠し飲ませが行われている対象者が7名いたこと、また、すべての事例で倫理会議の審査で、特に意見等がつくことなく承認されていたという今回の調査結果は、法的にも倫理的にも重大な問題であり、セカンド・オピニオンとしての倫理会議の機能にも危惧をいだかせるものである。ただし、調査方法の限界もあり、事例の詳細については把握できてはいない。次年度は、調査方法の改善や定義の明確化をはかり、この問題に関する検討を加えることとしたい。

(3) 倫理的な問題の生じる可能性の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いるクロザピンは、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28病棟のうち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い病棟は、6病棟(21.4%)であった。また、クロザピンに関しては、回答のあった28病棟のうち、導入済が21病棟(75.0%)、導入予定が5病棟(17.9%)、導入予定なしが1病棟(3.6%)であった。それぞれ昨年度の調査と比較して、施行可能ならびに導入済・導入予定の病棟の比率が増している。

これまで指摘したように、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、医療観察法病棟においてこれらの治療手技が使用できないことは、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病院になれるように、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) 患者の治療同意について

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る。しかし、対象者の同意とはそもそもどのようなものかについての定義はなく、その評価方法についても記載はない。また、法律モデルのインフォームド・コンセントを行うためには、同意能力のある患者が行った同意である必要があるが、ガイドラインでは、同意能力の有無に関する言及もみられない。

昨年度は、それぞれの病棟における、mECT、デボ剤、向精神薬の注射、向精神薬の経口投

与という医的侵襲の度合いの異なる治療手技に関する同意の取り扱いについて尋ねたが、本年度は、個々の医師に対して、①電気けいれん療法、②持効性注射製剤、③向精神薬の注射、④向精神薬の経口投与、⑤精神科面接、⑥採血、⑦CT/MRI、⑧PET/SPECT、⑨心理検査、⑩任意入院、における患者の同意をどのように考えているのかについて質問した。

「患者が内容・効果を十分に理解したうえで、同意を表明して初めて、同意と見なす」というのは、同意能力を有する者が十分な説明を受けたうえで自発的な自己決定の結果として示す、「法律モデル」としてのインフォームド・コンセントにおいて求められる水準の同意といえる。「内容・効果についての理解の程度を問わず、患者が同意を表明すれば、同意と見なす」は、それに比べると低い水準の同意であり、いわゆる「医療モデル」のインフォームド・コンセントにおいて求められる水準と同等かあるいはそれより若干低い水準の同意といえよう。「患者が積極的に拒んでいなければ、同意と見なす」は、精神保健福祉法に関する厚生労働省の公式解釈（精神保健福祉研究会監修『三訂精神保健福祉法詳解』）に示されている任意入院の同意（「患者が自らの入院について拒むことができるにもかかわらず、積極的に拒んでいない状態」と同じ水準の同意といえる。

任意入院の同意について、厚生労働省の公式解釈のように「積極的に拒まなければ同意とみなす」と回答した医師は4名（6.9%）と少なく、34名（58.6%）は、法律モデルのインフォームド・コンセントのレベルで捉えており、医療観察法病棟に勤務する医師は、全体として、患者の同意に関する意識はかなり高い集団であると考えられる。

治療行為に関しては、医的侵襲の度合いが低いと考えられる治療行為ほど、対象者の同意の要件を低い水準で捉える医師が増加していた。本来、法律モデルのインフォームド・コ

ンセントでは、医的侵襲の度合いに応じて同意の水準が決定されるべきものではないと思われるが、臨床精神医学の立場から考えれば、こうした対応はある程度理解できるものといえよう。

mECTのように医的侵襲度が高いと考えられる治療についても、「積極的に拒まなければ同意とみなす」と回答した医師は7名（12.1%）いたが、このように回答した医師がすべての診療行為について同意を低い水準で捉えているというわけではない。なかには、任意入院の同意や心理検査に法律レベルのインフォームド・コンセントを求める医師もみられた。

身体的検査に関しては、比較的ルーチンに行われることの多い採血やCT/MRIでは回答者の半数近くが「積極的に拒まなければ同意とみなす」と回答していたが、PET/SPECTのようなより侵襲度の高い検査に関しては、より厳格に同意を捉えていた。

倫理会議が適正に機能するためには、治療行為に関する患者の同意やその前提となる同意能力の評価方法に関する検討が必要不可欠である。その一方で、精神科医療の場合、治療を行うことによって患者の判断能力が回復するという側面もあり、患者の精神状態、提案されている治療の種類やその医的侵襲の程度に応じた柔軟な仕組みも必要と思われる。

たとえばイギリスの精神保健法（Mental Health Act 1983）のPart IVは“Consent to Treatment”と題され、精神外科手術から、mECT、向精神薬の投与など、治療手技ごとに同意を得ることのできない患者に対して、強制的な治療を行うことができるか否か、できるとすればどのような手続きが必要かを定めている。次年度は、諸外国のこうした制度も参照しつつ、わが国の医療観察法病棟の実務にふさわしい同意の考え方や同意能力の判定方法について検討したい。

(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2/3で対人暴力事件が発生しており、約15%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、個別票の自由記載欄の「倫理的な配慮や人権的な面から様々な手続きが必要であり、非同意での薬物投与や行動制限をためらうことが多く、結果として対応が後手にまわり、迅速な介入ができずに暴力等へ至ってしまったケースがしばしばあった。配慮のあまり、かえって患者にとって加害者になってしまうなど不利益が生じた。従来病棟であればもう少し早い段階で注射・隔離等の対応がとられ、暴力へと至ることはなかったと思われる。」という記載のように、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事例もあるようである。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) 携帯電話使用に関して

医療観察法病棟における携帯電話使用に関して、現状を把握するために、各病棟における対応を調査した。

携帯電話の使用をめぐる問題の生じた事例を経験した医師は、58名中10名(17.2%)であった。具体的な状況を見ると、治療環境に重大な影響を与えるような事例の多くは、任意入院中の薬物依存症患者によるものであった。

個人所有の携帯電話の取り扱いの方針の理由に示されるように、携帯電話使用を制限する理由は、通話以外の機能、すなわち、撮影、録音・録画、メールやインターネットへの接続といった機能に対する危惧といえる。

しかし、今日の携帯電話の普及や通話料金の設定(たとえば家族間であれば通話料が無料になるサービスの存在)を考えると、公衆電話があるから一律に個人の携帯電話の使用を禁止してもよいというような状況とはいえないように思われる。特に、医療観察法病棟が偏在し、帰住予定地から遠方の病棟に入院している対象者を考えれば、家族との連絡に公衆電話を利用するのと個人所有の携帯電話を利用するのでは、経済的にも大きな差が生じる。

その一方で、たとえ通話機能だけに限定された携帯電話があるとしても病棟内のどこでも携帯電話の使用を許可するというのも適切とはいえない。

次年度は、これまでの結果をふまえ、携帯電話の使用に関する研究班としての見解を取りまとめる予定である。

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。