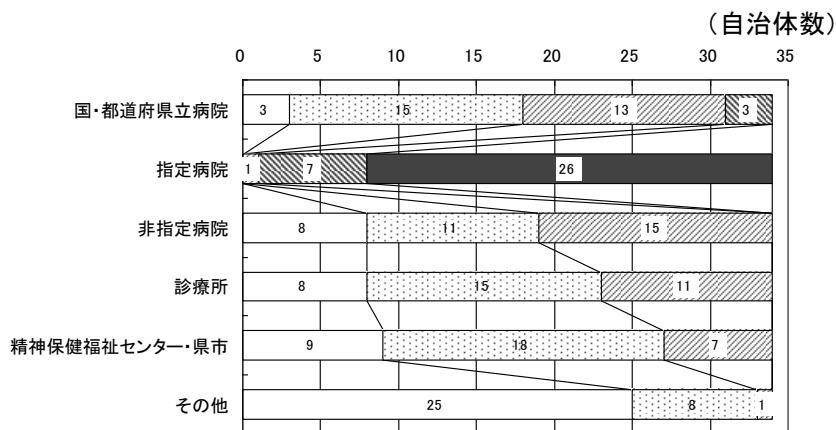
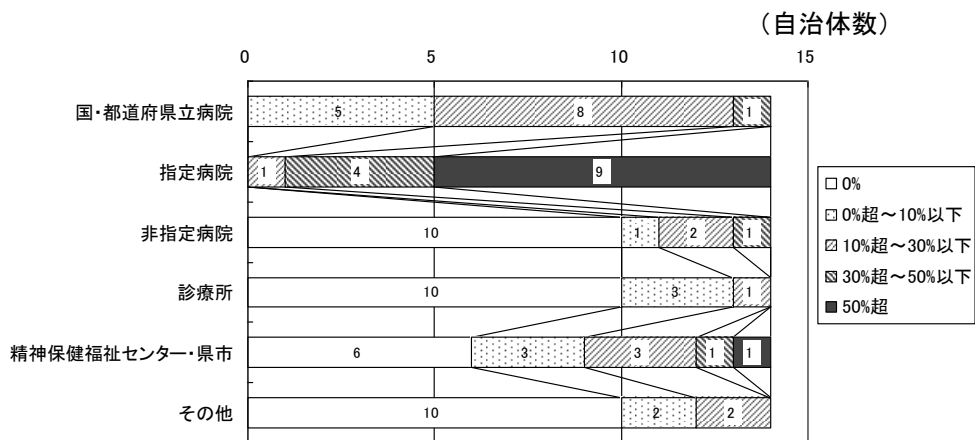


精神保健福祉法第27条に基づく措置診察の件数に占める指定医所属先の割合別自治体数 (措置診察の実施場所別)

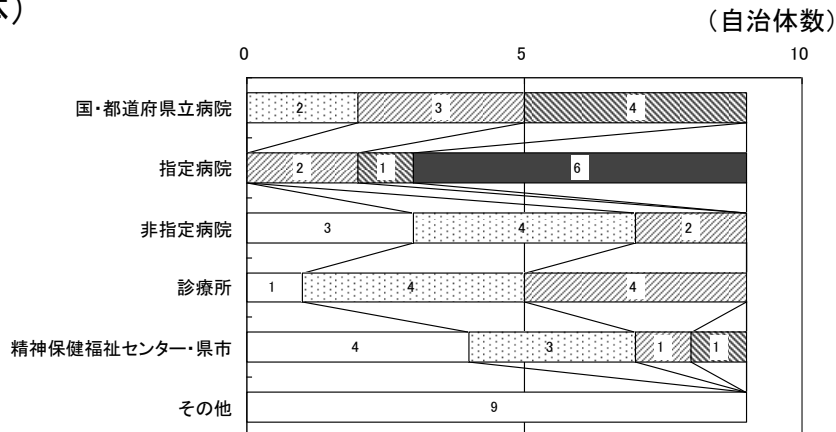
①1次・2次診察とも通報地(警察署等)において主に実施(34/64自治体)



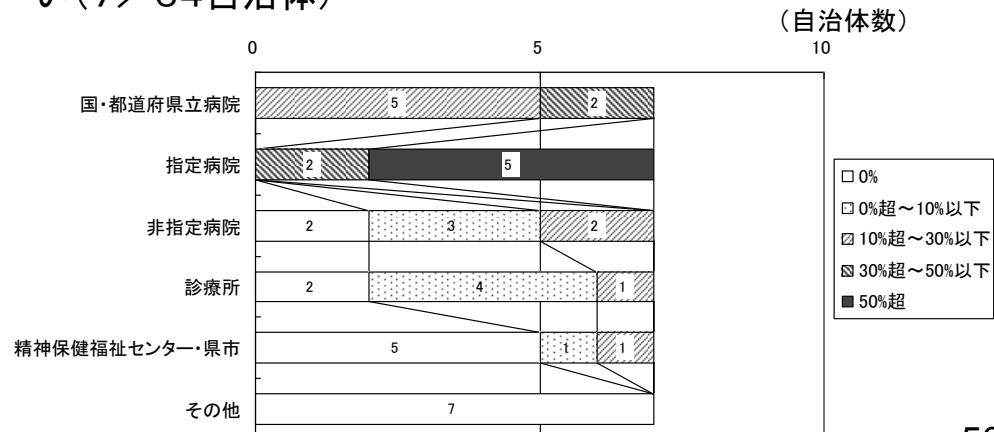
②1次・2次診察とも受け入れ病院において主に実施(14/64自治体)



③1次診察は通報地(警察署等)で実施、2次診察は受け入れ病院で実施することが多い(9/64自治体)



④1次・2次診察の少なくともいずれかを、診察する指定医の所属医療機関に移送して実施することが多い(7/64自治体)



法第34条に基づく移送の実績

- 平成19年4月末～20年4月末までの1年間で34条に基づく移送を実施したのは64都道府県・指定都市中28自治体(移送件数は200件)。
- 平成12年の施行時から8年間で移送件数は1,445件となっているが、13自治体で体制の整備がなされておらず、7自治体においては体制は整備されているが、制度創設以来実績がない。
- 実績が少ない理由としては、適用の判断の難しさ、指定医の確保等の実施体制の確保の難しさ等が考えられる。
- 精神科救急医療体制整備事業において移送経費を補助対象としている。(補助率1/2)

申請・通報制度、移送制度について

現状と課題

- 検察官通報(第25条)、保護観察所の長の通報(第25条の2)及び矯正施設の長の通報(第26条)については、法文上、自傷他害のおそれの有無について明記されていない。特に矯正施設の長による通報については、通報の届出があった件数のうち診察を実施した割合は、1割にも満たないという実態がある。
- 移送制度については、
 - ・ 措置診察のための移送について法律上の根拠を明確にすべき
 - ・ 医療保護入院等に係る移送についてその基準が明確でない等の意見がある。
- また、申請・通報制度、移送制度については、警察との関係等について様々な意見があるが、関係機関との連携の状況やその運用は都道府県等によって多様と考えられる。

検討

- 矯正施設の長による通報等の被通報者については、措置症状を有していない者についても通報を受けることにより都道府県等が支援の対象として把握できるという側面も有していると考えられるが、被通報者の範囲を限定することの影響も踏まえた検討が必要ではないか。また、通報主体の範囲等、申請・通報制度のあり方についてどう考えるか。
- 措置診察のための移送について法的根拠を設けることについては、
 - ・ 第29条の2の2に基づく移送及び第34条に基づく移送のいずれも、行政処分(措置入院)や入院の要件を満たす場合に適用されるものであることや、
 - ・ 現行制度においても、措置診察のための居住場所への立入りが認められており、訪問による措置診察が可能であること等を踏まえて、どのように考えるか。
- 未治療・治療中断者に対し、アウトリーチによる医療的支援を行う枠組みを検討することとあわせて、法第34条に基づく移送について、患者の症状に応じた適切な運用が行われるよう、基準の更なる明確化や関係機関との連携のあり方について、どのように考えるか。
- 申請・通報制度、移送制度については、各都道府県等において関係機関との間で実務上どのような連携体制を構築するかが重要と考えられ、まずは、それを促していくことが必要ではないか。

IV 行動制限・入院中の処遇について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 (昭和二十五年法律第二百二十三号)(抄)

(処遇)

第三十六条 精神科病院の管理者は、入院中の者につき、その医療又は保護に欠くことのできない限度において、その行動について必要な制限を行うことができる。

2 精神科病院の管理者は、前項の規定にかかわらず、信書の発受の制限、都道府県その他の行政機関の職員との面会の制限その他の行動の制限であつて、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める行動の制限については、これを行うことができない。

3 第一項の規定による行動の制限のうち、厚生労働大臣があらかじめ社会保障審議会の意見を聴いて定める患者の隔離その他の行動の制限は、指定医が必要と認める場合でなければ行うことができない。

第三十七条 厚生労働大臣は、前条に定めるもののほか、精神科病院に入院中の者の処遇について必要な基準を定めることができる。

2 前項の基準が定められたときは、精神科病院の管理者は、その基準を遵守しなければならない。

3 厚生労働大臣は、第一項の基準を定めようとするときは、あらかじめ、社会保障審議会の意見を聴かなければならない。

精神保健及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十六条第三項の規定に基づき厚生労働大臣が定める行動の制限(厚生省告示第二百二十九号)

- 一 患者の隔離(内側から患者本人の意思によつては出ることができない部屋の中へ一人だけ入室させることにより当該患者を他の患者から遮断する行動の制限をいい、十二時間を超えるものに限る。)
- 二 身体的拘束(衣類又は綿入り帯等を使用して、一時的に当該患者の身体を拘束し、その運動を抑制する行動の制限をいう。)

精神保健及精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号) (抄)

第三 患者の隔離について

一 基本的な考え方

- (一) 患者の隔離(以下「隔離」という。)は、患者の症状からみて、本人又は周囲の者に危険が及ぶ可能性が著しく高く、隔離以外の方法ではその危険を回避することが著しく困難であると判断される場合に、その危険を最小限に減らし、患者本人の医療又は保護を図ることを目的として行われるものとする。
- (二) 隔離は、当該患者の症状からみて、その医療又は保護を図る上でやむを得ずなされるものであつて、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあつてはならないものとする。～(二) 略
- (三) 十二時間を超えない隔離については精神保健指定医の判断を要するものではないが、この場合にあつてもその要否の判断は医師によつて行われなければならないものとする。
- (四) なお、本人の意思により閉鎖的環境の部屋に入室させることもあり得るが、この場合には隔離には当たらないものとする。この場合においては、本人の意思による入室である旨の書面を得なければならないものとする。

二 対象となる患者に関する事項

隔離の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、隔離以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア～オ (略)

三 遵守事項

- (一) 隔離を行つている閉鎖的環境の部屋に更に患者を入室させることはあつてはならないものとする。また、既に患者が入室している部屋に隔離のため他の患者を入室させることはあつてはならないものとする。
- (二) 隔離を行うに当たつては、当該患者に対して隔離を行う理由を知らせるよう努めるとともに、隔離を行つた旨及びその理由並びに隔離を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (三) 隔離を行つている間においては、定期的な会話等による注意深い臨床的観察と適切な医療及び保護が確保されなければならないものとする。
- (四) 隔離を行つている間においては、洗面、入浴、掃除等患者及び部屋の衛生の確保に配慮するものとする。
- (五) 隔離が漫然と行われることがないように、医師は原則として少なくとも毎日一回診察を行うものとする。

精神保健及精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第三十七条第一項の規定に基づき厚生労働大臣が定める基準(厚生省告示第百三十号) (抄)

第四 身体的拘束について

一 基本的な考え方

- (一) 身体的拘束は、制限の程度が強く、また、二次的な身体的障害を生ぜしめる可能性もあるため、代替方法が見出されるまでの間のやむを得ない処置として行われる行動の制限であり、できる限り早期に他の方法に切り替えるよう努めなければならないものとする。
- (二) 身体的拘束は、当該患者の生命を保護すること及び重大な身体損傷を防ぐことに重点を置いた行動の制限であり、制裁や懲罰あるいは見せしめのために行われるようなことは厳にあつてはならないものとする。
- (三) 身体的拘束を行う場合は、身体的拘束を行う目的のために特別に配慮して作られた衣類又は綿入り帯等を使用するものとし、手錠等の刑具類や他の目的に使用される紐、縄その他の物は使用してはならないものとする。

二 対象となる患者に関する事項

身体的拘束の対象となる患者は、主として次のような場合に該当すると認められる患者であり、身体的拘束以外によい代替方法がない場合において行われるものとする。

ア 自殺企図又は自傷行為が著しく切迫している場合

イ 多動又は不穏が顕著である場合

ウ ア又はイのほか精神障害のために、そのまま放置すれば患者の生命にまで危険が及ぶおそれがある場合

三 遵守事項

- (一) 身体的拘束に当たっては、当該患者に対して身体的拘束を行う理由を知らせるよう努めるとともに、身体的拘束を行つた旨及びその理由並びに身体的拘束を開始した日時及び解除した日時を診療録に記載するものとする。
- (二) 身体的拘束を行つている間においては、原則として常時の臨床的観察を行い、適切な医療及び保護を確保しなければならないものとする。
- (三) 身体的拘束が漫然と行われることがないように、医師は頻回に診察を行うものとする。

医療観察法による入院者と措置入院者の拘束状況の比較①

I 研究概要

厚生労働科学研究費補助金（障害保健福祉総合研究事業）

◎主任研究「重度精神障害者の治療及び治療効果等のモニタリングに関する研究」
(H16年度－H18年度, 主任研究者: 吉川和男(国立精神・神経センター精神保健研究所司法精神医学研究部長))

◎分担研究「重度精神障害者に対する地域でのモニタリング体制、支援方法の開発に関する研究」
(平成18年度, 分担研究者: 平林直次(国立精神・神経センター 武蔵病院))

【調査内容】

医療観察法で定められた指定入院医療機関で実施されている医療の実態をモニタリングし、CPA-J(Care Programme Approach in Japan)の効果を評価するために、医療観察法による入院者25名と、性別・年齢、診断、重大な他害行為をマッチさせた措置入院者25名について、隔離・拘束状況、薬物の種類・投与量の比較を行った。

【調査期間】

2005年8月～2007年2月

【対象者】

症例群(指定入院医療機関に入院となった者): 25名(男性21名、女性4名)

対照群(症例群と性別・年齢、診断名、重大な他害行為の一致する措置入院者): 25名

【平均年齢】

症例群: 男性 35.7±7.2歳、女性 37.8±6.8歳

対照群: 男性 35.8±7.7歳、女性 36.3±2.5歳

医療観察法による入院者と措置入院者の拘束状況等の比較②

II 拘束・隔離の実施状況

(注) 医療観察法入院では、入院決定前に原則2ヶ月の鑑定入院が行われていることを踏まえ、本研究では、対照群(措置入院者)では、入院期間60日以降の状況を調査している。

	実施あり	実施なし
症例群	1(4%)	25
対照群	6(31.6%)	19

P < 0.05
Fisher's exact test

III 医療観察法による医療のうち拘束等の減少に貢献していると予想される試み

病棟の構造	医療の内容
病室の個室化(パーソナルスペースの確保)	手厚い人手の確保
治療ステージに応じたユニット (急性期、回復期、社会復帰期、共用)	教育と研修の実施
十分な共用部分の確保(作業療法室、集団療法室、室内運動場、トレーニングジムなど)	多職種チーム医療
その他	治療プログラムの実施
	危機予防介入と危機介入
	包括的暴力防止プログラム (Comprehensive Violence Prevention & Protection Programme CVPPP)
	CPA-J
	人権擁護に関する活動(病棟職員および外部からの弁護士など)
	各種の会議(外部評価会議、倫理会議、運営会議、治療評価会議)
	その他

※ 各要素の個別の効果を十分に明らかにしたとは言えない。