

たため、電気けいれん療法目的でC病院に転院となった。対象者ならびに家族からの電気けいれん療法についての同意は得られていたが、倫理会議でも事前検討を行い、承認された。なお、電気けいれん療法継続中に倫理会議の開催があり、そこでも、継続の可否について検討し、承認を受けていた。

デボ剤の使用は全体で3回、3名あったが、そ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事例は2回、2名であった。また、対象者の同意の得られない向精神薬の

非経口投与は2回、2名であったが、そのうちの1回、1名については鑑定入院中より経鼻栄養と向精神薬の注入が行われていた事例であった。なお、麻酔薬による強力な鎮静については実施例がなかった。

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4に示した。比較的回数の多かったのは、注射による強制投薬（全体で9回、7名）であり、通信の制限、面会の制限については議題にあがった事

表3 倫理会議の審査実績（ガイドライン記載の治療行為）

開催頻度	開催実績	事前評価						事後評価		
		ECT		デボ剤の使用		非経口投与		ECT	麻酔薬	
		審議回数	対象者数	審議回数	対象者数	審議回数	対象者数	審議回数	審議回数	
A	1	9	0	0	0	0	0	0	0	
B	無回答	2	0	0	0	0	0	0	0	
C	1.5	18	1	1	0	0	1	1	0	0
D	1	9	0	0	0	0	0	0	0	0
E	2	12	0	0	0	0	0	0	0	0
F	2	18	0	0	0	0	0	0	0	0
G	2	18	0	0	1	1	0	0	0	0
H	1～2	15	0	0	2	2	0	0	0	0
I	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
J	2	18	0	0	0	0	0	0	0	0
K	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0
L	1	8	0	0	0	0	1	1	0	0
合計		128	1	1	3	3	2	2	0	0

注：C病院でのECT、G病院でのデボ剤使用は対象者の同意あり

2007年9月末日

表4 倫理会議の審査実績（ガイドライン未記載の同意のない治療行為等）

開催実績	強制投薬 (注射による)		非同意経口投与		強制栄養		通信	面会
	回	人	回	人	回	人	回	回
A	9	0	0	0	0	0	0	0
B	2	2	2	1	1	0	0	0
C	18	0	0	0	0	1	1	0
D	9	2	2	0	0	0	0	0
E	12	0	0	0	0	0	0	0
F	18	0	0	1	1	0	0	0
G	18	4	2	0	0	0	0	0
H	15	0	0	0	0	0	0	0
I	-	0	0	0	0	0	0	0
J	18	0	0	0	0	0	0	0
K	1	0	0	0	0	0	0	0
L	8	1	1	0	0	0	0	0
合計	128	9	7	2	2	1	1	0

2007年9月末日

例はみられなかった。

本調査と同時に行われた「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査」のデータによれば平成19年1月1日から9月30日までに医療観察法病棟で、行動の制限が行われたのは35名、うち、隔離は28名、身体的拘束は7名であった。精神科診断としては統合失調症が大部分(74.3%)を占めるが、以下、パーソナリティ障害4名、器質性精神障害、精神遅滞各2名、その他の発達障害1名となっていた。行動の制限の理由としては精神症状を理由としたものがほとんどであった。

倫理会議の審査状況については、他に部屋がないために隔離室が使用された1例を除き、すべて倫理会議で審査され、事後承認されていた。

③ 平成20年度調査の結果

平成19年10月1日～平成20年9月30日の間の倫理会議の開催頻度・開催実績を表5に示した。開催頻度に関して、ガイドライン通り月2回という回答は3病院にすぎず、

月1～2回が3病院、月1回というが9病院であり、定期的には開催していないという回答が1病院であった。

ガイドラインに具体的に明示されている治療行為の審査回数と対象者数を表5に示した。

ガイドラインで事前評価を義務付けられている対象者の同意の得られない修正型電気けいれん療法の施行事例は平成18～19年度の調査ではみられなかったが、平成20年度の調査では3件みられた。これら3件はいずれも同じ病院であり、対象者はいずれも統合失調症圏の疾患に罹患しており、本人の同意は得ていないものの家族(保護者)の同意を得ていた。同病院では、修正型電気けいれん療法を施行するさいには、本人または保護者の同意を得たうえで、医局会の協議において施行の是非を検討し、合意を得る手続をしており、医療観察法病棟においても同様の手続を経て電気けいれん療法が施行された。結果として、倫理会議における審査は、事前ではなく、電気けいれん療法施行中ならびに事後に行わ

表5 倫理会議の審査実績(ガイドライン記載の治療行為)

	開催頻度	開催実績	事前評価						事後評価		
			ECT		デボ剤の使用		非経口投与		ECT	麻酔薬	
			審議回数	対象者数	回数	対象者数	承認	回数	対象者数	承認	審議回数
A	1	13	0	0	2	2	2	2	2	0	0
B	1	5	0	0	2	2	2	0	0	0	0
C	1～2	16	1	1	0	0	0	1	1	1	0
D	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	1	7	0	0	1	1	1	0	0	0	0
F	2	24	0	0	1	1	(継続審議1)	0	0	0	0
G	2	20	1	1	0	0	0	1	1	1	0
H	1	12	0	0	4	4	4	0	0	0	0
I	1	9	0	0	1	1	1	0	0	0	0
J	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	3
L	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M	2	24	0	0	0	0	0	1	1	1	0
N	1～2	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	1～2	16	0	0	2	1	2	0	0	0	0
P	1	12	1	1	2	2	2	0	0	0	0
		194	3	3	15	14	14	5	5	5	3

E病院のデボ剤は本人の同意あり

2008年9月末日

れたものである。

また、平成19年度と同様に対象者の同意を得たうえでの修正型電気けいれん療法の施行例は3病院で3例あった。対象事例はいずれも統合失調症に罹患しており、対象者ならびに家族からの電気けいれん療法についての同意は得られていたが、倫理会議でも事前審査を行い、承認された。なお、電気けいれん療法施行中の倫理会議でも審査を受け、承認されていた。

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、7病院で14回、13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、4病院で5回、5名の対象者について行われていた。なお、麻酔薬による強力な鎮静については実施例がなかった。

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6に示した。注射による強制投薬は5病院で13回、13名の対象者について、強制栄養は、3病院で5

回、5名の対象者について審査が行われていた。これに対して、非同意の経口投与については3病院で、13回、4名の対象者について審査が行われており、注射や強制栄養とは異なり、同一対象者に関して複数回審査が行われている。なお、平成18～19年度の調査では通信の制限、面会の制限について議題にあがった事例はみられなかったが、平成20年度の調査では通信の制限について1病院で2回、2名の対象者について審査が行われていた。

本調査と同時に行われた「医療観察法指定入院医療機関処遇アンケート調査」のデータによれば、平成19年10月1日から平成20年9月30日までに医療観察法病棟で、行動の制限が行われたのは63件、うち、隔離は53件、身体的拘束は10件であった。精神科診断としては統合失調症が大部分(77.4%)を占めるが、以下、パーソナリティ障害6件、器質性精神障害5件、その他の発達障害3件、精神遅滞各1件となっていた。行動の制限の理由としては精神症状を理由としたものがほ

表6 倫理会議の審査実績(ガイドライン未記載の同意のない治療行為等)

開催 実績	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	人	承認	回	人	承認	回	人	承認	回	人	承認	
A	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
B	5	3	3	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0
C	16	0	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0
D	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
E	7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
F	24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
G	20	3	3	3	0	0	0	3	3	3	0	0	0
H	12	4	4	4	0	0	0	1	1	1	0	0	0
I	9	1	1	1	9	1	9	0	0	0	0	0	0
J	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
K	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
L	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
M	24	2	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0
N	8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
O	16	0	0	0	3	2	3	0	0	0	2	2	2
P	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	194	13	13	13	13	4	13	5	5	5	2	2	2

2008年9月末日

とんどであった。

倫理会議の審査状況については、全例審査対象とされ、事後承認されていた。

2) 倫理会議のあり方に関する病棟担当医の意識

倫理会議のあり方に関する医療観察法病棟担当医の意識を調査した。①倫理会議という名称に関する意見(図1)、②法律家外部委員の倫理会議への参加(図2)、③倫理会議や外部評価会議の委員である外部の精神科医が対象者に直接面接すること(図3)、に関する各担当医の回答を調査年度別に示した。

3) ガイドライン改定にむけての病棟担当医の意見

倫理会議の開催頻度に関しては、改定が必要とする回答が13病院、現状でよいが3病院であった。

ガイドラインを改定する場合の適切な開催頻度については、議題の有無を問わず定期的に開催するが7病院、議題のあるときだけ開催するが6病院、その他1病院であった。定期的開催を必要とする理由としては、「透明性を保つにはある一定の開催が必要」、「必要な時に聞かれないこともあるため『議題があるときのみ』というのはよくない」、「広い意味での協議事項は必ずある」、「治療そのもの(強制入院を受けている点より、治療の進捗も問題となる)に対する疑問の妥当性を検討する場となる」、「委員を介して医療観察法医療の透明性が得られる」などがあげられていた。

定期的な開催とする場合の適切な開催頻度については、2週間から1月に1回が1病院、月1回が6病院、1～2月に1回が1病院であった。

倫理会議の運用方法に関して、病棟規模によって差をつけるべきかについては、つけるべきでないとするが9病院、つけるべきが6病院、わからないが1病院であった。つけるべきとする場合の基準については、入院対象

者数、あるいは小規模(5床ベース)とそれ以外という意見が多かった。

対象者の同意のないデボ剤の使用に関しては、現状のままでよいが12病院、変更した方がよいが4病院であった。現状のままでよいとする理由は、「非同意治療であるから」、「同意のない治療で、先に継続が予想されるため」ということがあげられていた。変更した方がよいとする理由としては、「治療に制約が加わり退院促進が制限されている。対象者の不利益につながる」、「同意下であれば通常の医療の範囲であるので」、「デボ剤は病状に応じて、医療者の裁量に任されるべきと考える」ということがあげられていた。

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) 倫理会議の意義

倫理会議の機能については、ガイドラインの規定をみるかぎりでは、イギリスにおける精神保健法委員会(Mental Health Act Commission)の提供するセカンド・オピニオン医師の派遣サービスに類似した性格を持つと考えられる。つまり、対象者の同意の得られない治療について、治療者から独立した立場の専門家(精神科医)による審査・判断を得ることによって、その治療行為の医学的必要性・適正性を担保し、そのことによって、治療を受ける精神障害者の人権を擁護しようとする仕組みである。

こうした制度を医療観察法病棟というある意味特殊な病棟においてとはいえ、わが国の精神科領域に導入したことは、それなりの意義のある試みといえよう。

2) 倫理会議の運用状況

結果で示したように、医療観察法病棟で、

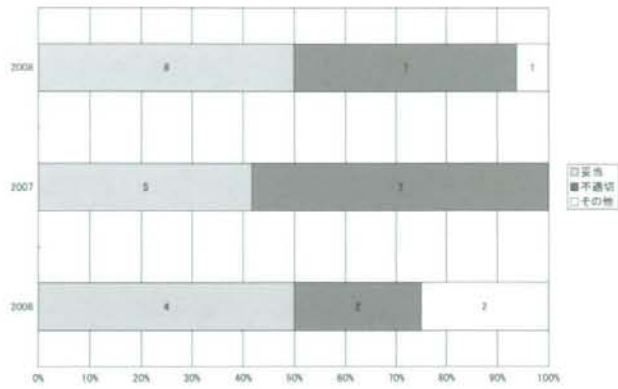


図1 倫理会議の名称

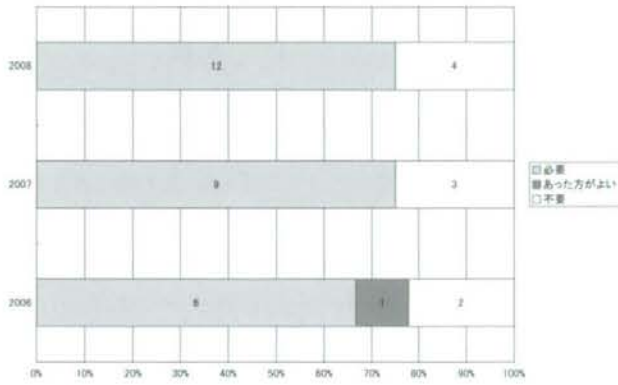


図2 法律家の参加

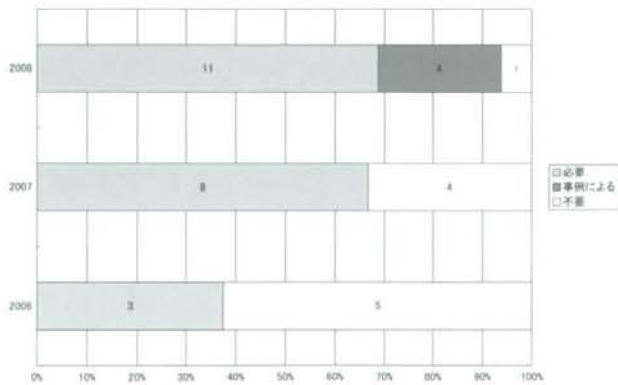


図3 外部委員の対象者との面接

倫理会議の審査の対象となる対象者の同意によらない医療行為が行われることは多くはない。電気けいれん療法やデボ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。

行動の制限そのものの数も特に多いわけではないが、3年間を通じてみると、隔離を必要とした事例の件数は大きく増加している。増加の原因としては、入院対象者数の増加のほかに、複数回行動の制限を必要とした対象者が存在することもあげられる。こうした事例の多くは、治療抵抗性の精神症状を有する傾向があり、入院治療期間も延長しがちである。長期的には、こうした対象者の処遇についても検討が必要になろう。

3) 倫理会議のあり方に関する病棟担当医の認識

倫理会議のあり方については、医療観察法の施行準備段階から、国連準則にいう準司法機関としての役割を期待する法律家側とピアレビュー的なセカンド・オピニオンとしての機能を期待する医療者側との立場の相違が明らかであった。

3年間の調査結果を比較すると、外部の精神科医による面接を不要とする回答の比率が年々さがっているのに対して、法律家の参加を必要とする回答の比率はほとんど変わっていない。あまり断定的なことはいえないが、本調査の結果からは、医療観察法病棟担当医の意識としては、法律家の求める準司法的な性格の審査機関としての機能よりは、ピア・レビュー的なセカンド・オピニオンとしての機能を重要視するという方向で意見が集約されてきていると考えられる。

4) 倫理会議の開催頻度

現行のガイドラインは、原則月2回の開催を規定しているが、ガイドライン通りに月2

回開催している病院は3病院に過ぎない。倫理会議の運営に関する変更点に関する自由記載でも審査案件の少なさを理由に開催頻度を下げたという回答が多い。医療観察法病棟担当医に対するガイドライン改定の必要性についての設問でも改定が必要とする回答は13病院(81.3%)であった。こうした状況を考えれば、現行ガイドラインの原則月2回開催という規定は見直される必要がある。

さらに議題のないときでも倫理会議を開催すべきかどうかについては、病棟担当医の間でも意見は割れており、議題の有無を問わず定期的に開催すべきという意見と議題のあるときのみ開催すればよいという意見が拮抗している。

院外委員は参加しないとはいえ、精神保健福祉法による医療における行動制限最小化委員会は、月に1回は開催されることになっている。また、医療観察法病棟に関する各種会議のなかで、外部の精神科医が参加するのは、倫理会議のほかには、医療観察法病棟外部評価会議しか存在せず、外部評価会議は、年2回程度しか開催されない。こうしたことを考慮すれば、議題の有無に関わらず定期的に倫理会議を開催し、医療観察法病棟での医療内容について外部委員を交えて忌憚のない意見交換を行う機会を確保することが、医療観察法病棟における医療の透明性の確保という倫理会議の役割を果たすためには必要と思われる。

開催頻度に関しては、現状の倫理会議の開催頻度やアンケートにおける医療観察法病棟担当医の意見を考慮すると、月1回が妥当と思われる。

5) 倫理会議の審査事項について

現行のガイドラインでは、対象者の同意に基づかない医療行為に関してはすべて倫理会議で事前に協議したうえで行うよう規定している。特に、電気けいれん療法、デボ剤(持

続性注射剤)については、対象者の同意によらない場合は、すべて倫理会議における事前審査を行い、全会一致の合意があった場合にのみ行うと規定している。

電気けいれん療法もデボ剤も精神科医療における正当な治療手段であり、これらの治療が必要な場合には適正に施行される必要があるのはいうまでもない。

電気けいれん療法に関しては、確率は低いとはいえ有害事象が起こった場合の結果の重大性や電気けいれん療法が濫用されていた歴史的経緯、さらに手技自体(特に有けいれんの電気けいれん療法)が当事者や社会一般に与える印象などの問題もあって、わが国に限らずその使用に関しては厳格な手続を定めている国が多い。したがって、対象者本人の同意に基づかない電気けいれん療法の使用は、よほどの緊急性が認められる場合をのぞき、倫理会議での事前審査を義務付けることは当然のことである。緊急性の判定に関してもフル規格や小規模の医療観察法病棟は、一般の精神科病床と比較して、施設の構造、治療スタッフの人員配置などの点で格段の差があり、より厳格な適用が求められるよう。

デボ剤の使用に関しては、経口や注射による抗精神病薬投与と比較して、副作用が生じた場合に薬効成分が体外に排出されるまでに時間がかかるということから、ガイドラインで事前審査の対象に明示されたものと思われる。その一方で、デボ剤には抗精神病薬の飲み忘れによる意薬を防止できるなど対象者自身にとっても利益になる点もあり、特に社会復帰を促進するための有用な手段ともいえる。

医療観察法病棟担当医の意見は、現状維持が12病院(75%)であり、特に見直す必要がないという意見が多かった。これに対して、見直すべきとする意見は、医師の治療における裁量を制限することを理由とするものであった。

精神科医療において精神障害者の人権擁護のために法規定を始めとした種々の手続が定められている理由を考えれば、対象者の同意によらない治療は、緊急の場合をのぞき一定の手続にしたがって行われるべき性質のものである。そこで医師の裁量権が一定程度制限されることはある意味当然といえよう。デボ剤の使用が、倫理会議における事前審査を待ついとまもないほど緊急に必要とされるような臨床状態というのは、一般の精神科病床でもあまり想定できない。また、対象者の同意を得ることなく、治療者の判断のみでデボ剤を使用して対象者を早期に退院させることが可能となるとしても、そのような対象者に関して、環境的にも法的にも強制力の弱い指定通院医療機関における医療でデボ剤を継続して使用できるかについては疑問がある。したがって、対象者の同意の得られないデボ剤の使用に関しては、引き続き倫理会議における事前審査の対象とすることが妥当と思われる。

6) 倫理会議における議決に関して

現行のガイドラインでは、倫理会議における審議事項のうち、電気けいれん療法とデボ剤の使用の事前審査に関しては、全会一致の合意が必要という規定があるが、それ以外の同意の得られていない治療行為の事前審査に関しては、決議を行うにあたり考慮すべきことが列記されているだけで、具体的な決議の方法についての記載はない。また、同意の得られていない治療行為の継続の必要性、緊急時に行われた同意の得られない治療行為や電気けいれん療法等については事後に報告を行い評価を行う旨の規定がみられるが、その具体的な方法についても記載はない。

議決の方法は倫理会議の構成員をどのような範囲のものとするかによっても異なる。たとえば、当該対象者の主治医や担当看護師が議決に加わることは公平性・中立性の点からは明らかに不適切であるし、審査の対象とな

る同意の得られていない治療行為は彼ら自身が必要と判断している治療行為であり、議決にあたって反対することはありえない。また、医療観察法病棟内での治療はチーム医療で行われており、同一の病棟に勤務する医師・看護師等も同様の理由で適否の審査にかかわる議決に関与することは好ましいこととはいえない。医療の透明性の確保という意義を考えれば、病院内の委員に関しては、院長、総看護師長など医療観察法病棟の治療チームとは独立した判断が可能な職員に限られるべきである。その一方で、当該対象者に対する治療行為の要否の判断にあたっては、その病状や治療経過に熟知したスタッフから説明を受ける必要があり、主治医・担当看護師などの参加と説明は必要不可欠と思われる。

倫理会議のピアレビュー的なセカンド・オピニオンとしての機能を考えると、外部委員である精神科医の役割は極めて重要である。外部委員である精神科医が、倫理会議における議論を通じて当該治療行為の妥当性・必要性について理解できないとすれば、そのような治療行為は行われてはならないと考えられる。その意味では、実質的には外部委員に拒否権があるような形式が望ましく、そのように機能して初めて対象者の人権擁護という倫理会議の目的が達成されるといえる。

7) 倫理会議の規程に関して

16病院すべての医療観察法病棟倫理会議の規程を入手し、法律家に法律学的観点からの分析と倫理会議規程のモデル案の作成を依頼した。研究会議における議論を踏まえて作成されたモデル規程案を別紙に示す。

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。精神科医と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）とによる研究会を組織し、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った。

3年間の調査の結果、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ない。電気けいれん療法やデボ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。その一方で、医療観察法病棟の増加もあって、倫理会議の運用状況には、施設間の差異が生じている現状にあることが明らかになった。

倫理会議に関する規定は、医療観察法施行前に作成された指定入院医療機関運営ガイドライン、入院処遇ガイドラインの記載のみである。施行後の運用状況を踏まえたガイドラインの見直しが必要である。検討の結果、月1回議題の有無にかかわらず定期的に開催すること、病棟規模の大小による差は不要であること、対象者の同意のないデボ剤の使用に関しては引き続き倫理会議による事前審査の対象とすべきことを提言し、倫理会議規程のモデル案を提示した。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表 なし

原口正、椎名明大、藤崎美久、五十嵐禎人、伊豫雅臣(2007) 起訴前簡易鑑定の研究. 第3回日本司法精神医学会. (2007.5.24) 東京
五十嵐禎人(2007) 精神科救急と医療観察法. 第

15回日本精神科救急学会（2007.9.26）さいたま

H. 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

(目的)

第 1 条

この会議は、医療観察法病棟に入院した対象者の同意によらない治療に関して、その必要性を事前ないしは事後に協議し治療の適正化や妥当性を図ることを目的とする。

(構成員)

第 2 条

構成員は下記のとおりとする。

- 1 外部委員 精神医学の専門家 1 名以上
- 2 内部委員 院長、副院長、病棟医長、病棟看護師長、コメディカルスタッフ代表、病棟事務員

(開催方法等)

第 3 条

倫理会議の開催方法は以下の通りとする。

- 1 議長は院長とし、議事進行を行う。
- 2 副議長は副院長とし、議長に事故等がある場合は副議長が代行する。
- 3 開催回数は月 1 回とし、必要に応じ臨時の会議を開催することができる。
- 4 会議は 1 名以上の外部委員と 3 分の 2 以上の内部委員の出席がなければ、議事を開き議決することができない。
- 5 議長は、必要に応じ、構成員以外の者を出席させることができる。
- 6 会議の議事は出席した委員の全員一致で決するが、一致が得られない場合においては、次回の会議において引き続き審議を行うものとする。

(議題)

第 4 条

倫理会議の議題は以下の通りとする。

- 1 本人の同意によらない治療の事前申請
- 2 本人の同意によらない治療の事後評価
- 3 強力な鎮静や行動制限を行った場合の事後評価
- 4 1 および 2 の審査方法
 - ①治療内容
 - ②治療評価会議の意見（共通評価項目を含む）
 - ③本人の同意能力についての検討
 - ④治療説明をつくしたのかについての検討
 - ⑤倫理会議の結論
- 5 治療・病棟運営における倫理的問題の討議及びケースカンファレンス
- 6 その他

厚生労働科学研究費補助金（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）

分担研究

鑑定入院における医療的観察に関する研究

平成 18 年度～20 年度

総合研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 平田 豊明

静岡県立こころの医療センター

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

平成 18 年度～平成 20 年度 総合研究報告書

鑑定入院における医療的観察に関する研究

分担研究者：平田 豊明 静岡県立こころの医療センター

研究協力者：

椎名 明大（千葉大学医学部）

瀬戸 秀文（長崎県立精神医療センター）

五十嵐 禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

服部 功（静岡県立こころの医療センター）

岩間 久行（神奈川県立精神医療センター芦香病院）

林 偉明（千葉県精神科医療センター）

上野 勝彦（石川県立高松病院）

平林 直次（国立精神・神経センター病院）

川畑 俊貴（京都府立洛南病院）

松坂あづさ（千葉保護観察所）

来住 由樹（岡山県精神科医療センター）

研究要旨

本研究の目的は、【A】医療観察法鑑定入院における医療と処遇の実態を検証し、適正モデルを提示すること、および、【B】医療観察法鑑定における判定基準を検討することである。平成 18～20 年の 3 年間に、本研究班は、【A】の目的に沿って、(1) 鑑定入院医療機関における医療の実態と姿勢に関する調査（鑑定入院医療機関調査）、(2) 鑑定入院対象者のプロフィールと治療・処遇内容に関する実態調査（鑑定入院事例調査）、(3) 鑑定入院のガイドライン案作成とその達成率ないし賛同率に関する調査（鑑定入院ガイドライン調査）を実施し、【B】の目的に沿って、(4) 医療観察法鑑定に携わる医師の鑑定経験や意識に関する調査（鑑定医調査）、(5) 医療観察法指定入通院医療機関による鑑定書の評価に関する調査（指定医療機関調査）、(6) 医療観察法不処遇事例に関する調査（不処遇事例調査）、以上 6 種の全国調査を実施した。

【A】(1) 鑑定入院医療機関調査：平成 18 年度、全国の鑑定入院医療機関 218 施設を対象として資料 1 に示したアンケート調査を実施し、106 施設 (48.6%) から回答を得た。その結果、鑑定入院医療機関における医療と処遇には、かなりのばらつきのあることがわかった。

(2) 鑑定入院事例調査：平成 17 年 7 月 15 日の医療観察法施行開始から平成 18 年 12 月 31 日までの約 17 ヶ月間に回答 106 施設に鑑定入院となった対象者 284 例（I 群）、および、平成 19 年 1 月 1 日から同年 6 月 30 日までの 6 ヶ月間に回答 56 施設に鑑定入院となった対象者 105 例（II 群）について、資料 2a（I 群用）および 2b（II 群用）に示した調査用紙を用いて、対象者のプロフィールと治療・処遇内容、審判結果などを調査した。II 群のデータを前年度の鑑定入院ケース I 群と比較すると、公判後の申し立てが不起訴処分後に、通院処遇の審判が入院処遇に置き換わり、入院処遇用ベッドの逼迫のためか、平均在院日数が 58.9 日から 71.5 日へと延長していた。また、II 群では鑑定入院終了後も同一病院に入院を継続した事例が、不処遇事例を中心に 16 例 (15.2%) あったが、平均在院日数は 94.2 日に及んだ。

(3) 鑑定入院ガイドライン調査：平成 19 年度に作成した鑑定入院ガイドライン案について、平成 20 年度、その達成率と賛同率を全国の鑑定入院医療機関 206 施設に対してアンケート調査し、135 施設 (65.5%) から回答を得た（資料 3）。その結果、最小基準、推奨基準、最適基準と 3 階層化

したガイドライン案の妥当性が示されたが、鑑定入院中は行動制限が厳しい反面、治療行為には消極的な姿勢を示す医療機関が少なからずあった。このため、当研究班は、このガイドラインを参考として、国が新たな鑑定入院ガイドライン案を作成すべきであることを提言した。

【B】(4) 鑑定医調査：平成18年度の調査に回答した106の鑑定入院医療機関で鑑定を実施した医師を対象として資料4に示したアンケート調査を実施し、124名から回答を得た。鑑定医の12.1%に刑事司法鑑定の経験がないなど、鑑定能力にはばらつきのあることが推測された。

(5) 指定医療機関調査：平成18年度、指定入院医療機関の医師に対して資料5a、指定通院医療機関の医師に対して資料5bに示したアンケート調査を実施し、入院機関17名、通院機関31名の医師から回答を得た。前項の推測を支持するように、指定入院医療機関の医師の大部分が、診断や入院処遇判断などにおいて鑑定書の判定に疑問のある例を経験したと回答している。平成19年度の調査(資料5c)では、指定入院医療機関からみた入院処遇への疑義事例は、回答10施設への通算入院件数363例中59例(16.3%)あり、うち15例では指定入院医療機関の管理者から退院が申し立てられていた。この数字は、医療観察法および入院処遇の適応基準を厳密にしようとする限定主義的立場と緩和しようとする拡張主義的立場の違いを反映しているものと思われた。

(6) 不処遇事例調査：医療観察法の判定基準を検証するために、保護観察所を対象として不処遇および申し立て却下事例に関するアンケート調査(資料6)を実施し、不処遇事例の鑑定書を比較検討した。50の保護観察所から、不処遇121例、却下16例に関する回答があった。医療観察法適応事例群に比べると、不処遇事例群では、女性と高齢者、知的障害と器質性障害の比率が高く、殺人事例の比率が低いなどの特徴があった。不処遇の理由で最も多いのは「あえて医療観察法による医療の必要がないため」というものであったが、平成19年7月の最高裁判例では、この理由による不処遇は認められなくなった。このため今後は、法的整合性が臨床的妥当性を凌駕し、入院処遇の判定が増加するものと予測された。しかし、ベッドに限りがあるため、法曹界と医療界が共同して対策を講ずる必要のあることを指摘した。

A. 研究目的

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)の当初審判において、鑑定入院は、実質的に、対象者の処遇を決定する分岐点であると同時に、急性期治療を提供する場ともなっている。このような重要性を帯びているにもかかわらず、鑑定入院中の処遇や医療の内容を明確に規定する法律はない。厚労省通知において、精神保健福祉法に準拠した医療が提供されればよいとされ、精神保健判定医等の養成研修会において「鑑定入院ガイドライン」が示されているの

みである。

当研究班の研究目的は、鑑定入院の実態を多角的に調査したうえで、鑑定入院中の医療と処遇の適正なあり方を提言すること、および、医療観察法鑑定における処遇判定基準を検討して、鑑定の均等化に資する提案をすることである。

B. 研究方法

以上の研究目的を達成するために、本研究班は、以下6種類の調査を実施した。

1. 鑑定入院医療機関の医療と処遇に関する調査(以下「鑑定入院医療機関調査」と記す)

平成18年12月の段階で法務省が把握していた鑑定入院医療機関218施設において管理的な立場にある医師に対して、施設概要と鑑定入院への意見を問う施設調査票（資料1）を郵送し、回答を求めた。

2. 鑑定入院ケースのプロフィール調査（以下「鑑定入院事例調査」と記す）

前記の鑑定入院医療機関に対して、平成17年7月15日の医療観察法施行開始から平成18年12月末までの約17ヶ月間に鑑定入院となった対象者（以下「I群」）に関する調査票（資料2a）を郵送し、回答を求めた。

また、平成19年1月から6月までの6ヶ月間に、調査対象病院から退院した鑑定入院ケース（以下「II群」）に関する調査票（資料2b）を郵送し、回答を求めた。

3. 鑑定入院ガイドラインに対する意見調査（以下「鑑定入院ガイドライン調査」と記す）

平成20年、全国の鑑定入院医療機関206施設の管理的立場にある医師に対して、平成19年度に本研究班が作成した鑑定入院医療機関が満たすべき医療水準案（以下「鑑定入院ガイドライン案」）の達成度ないし賛同の有無を問う調査票（資料3）を郵送し、回答を求めた。

4. 鑑定医の意見調査（以下「鑑定医調査」と記す）

前記1の調査対象とした鑑定入院医療機関において、平成18年12月末までに医療観察法鑑定を実施した医師に対して、鑑定に関する意見や経歴を問う調査票（資料4）を郵送し、回答を求めた。

5. 指定入院および通院医療機関からみた鑑定書の評価に関する調査（以下「指定医療機関調査」と記す）

平成18年12月末の時点で稼働していた指定入院医療機関10施設の中で、医療観察法病棟に勤務する医師を対象として、鑑定書の内容評価に関する調査票（資料5a）を郵送し、回答を求めた。同じく、指定通院医療機関で通院処遇事例を担当した経験のある医師を対象として、同様の調査票（資料5b）を郵送し、回答を求めた。

また、平成19年7月には、前記の指定入院医療機関の医師に対して、鑑定書や判定結果に疑義のある事例に関する調査票（資料5c）を郵送し、回答を求めた。

6. 不処遇および却下事例のプロフィールに関する調査（以下「不処遇事例調査」と記す）

全国53の保護観察所に対して、平成19年7月1日までの期間に各保護観察所が担当した医療観察法申し立て事例のうち、当初審判の結果、不処遇ないし却下の判定がなされた事例について、そのプロフィール等を問う調査票（資料6）を郵送し、回答を求めた。

すべての回答は、本研究班事務局（静岡県立こころの医療センター）に返送してもらい、集計分析した。

（倫理面の配慮）

鑑定入院事例調査の結果および不処遇事例調査の考察には医療観察法対象者の個人情報が含まれるが、調査票および事例提示は、対象者個人を同定できないように配慮されており、調査結果はインターネットに接続しないコンピュータ内に保存されたうえ、調査終了後には全データを削除した。また、主任研究者の所属する病院内の倫理委員会において、本研究における調査と事例提示が承認されている。

C. 研究結果

1. 鑑定入院医療機関調査

鑑定入院医療機関106施設（回収率48.6%）から回答があった。以下に主な結果を示す。

（1）設立主体、患者数、従事者等

鑑定入院医療機関の設立主体は民間病院が64施設で全体の約6割を占めていた。都道府県立病院は28施設で約3割であった（図1）。

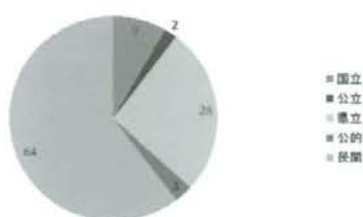


図1 鑑定入院医療機関の設立主体

平均精神病床数325床、年間平均初診患者数731名、一日平均外来患者数117名、年間延べ入院数459名であった。平均在院日数は318日と全国の精神科病院の平均よりも若干短かった（図2）。

	施設あたり
精神病床数	325
年間初診患者数	731
一日平均外来患者数	117
平均在院患者数	298
年間延べ入院数	459
うち措置入院	11
うち緊急措置入院	4
うち応急入院	4
うち医療保護入院	193
うち任意入院	240
平均在院日数	318

図2 鑑定入院医療機関の病床数等

常勤医師は施設あたり10.1名で、医師あたりの患者数は29.5名であり、一般科における医療法標準を下回っていた。常勤看護師は平均101.0名で看護師あたりの患者数は3.0であり、精神科入院基本料3や措置入院指定病院の病棟基準に一致していた。常勤の保健師を置いて

いる鑑定入院医療機関は少なかった。精神保健福祉士あたりの患者数は44.5名、臨床心理技術者においては114.6名、作業療法士においては50.0名であった（図3）。

	施設あたり	職員あたり患者数
常勤医師	10.1	29.5
うち精神保健指定医	7.0	
うち臨床研修指導医	4.1	
非常勤医師（常勤換算）	2.1	
看護師（常勤）	101.0	3.0
保健師（常勤）	0.3	99.3
精神保健福祉士（常勤換算）	6.7	44.5
うち精神保健士と員補給者	0.4	
臨床心理技術者（常勤換算）	2.8	114.6
作業療法士（常勤換算）	6.0	50.0

図3 鑑定入院医療機関における人員

鑑定入院医療機関のうち、精神科救急入院料の認可を受けている施設は13施設、精神科急性期治療病棟においては31施設であり、両者を併せても全体の半数にも満たなかった。応急入院指定病院は64施設で全体の約4割、医療観察法の指定通院医療機関は57施設で全体の半数強であった（図4）。



図4 鑑定入院医療機関の認可病棟等

（2）鑑定入院時の書面による説明

対象者が鑑定入院した際に、厚生労働科学研究班が作成したモデル文書を用いて説明を行っている施設は24施設で全体の2割強であった。8施設が独自の様式を用いた書面説明を行っていたが、書面による説明を行っていない施設も40施設存在した。その他として、検察や裁判所によって既に説明がなされているとの意見が散見されたが、他方、指定入院医療機関においては、対象者が医療観察法制度の説明を全く受けておらず説明に難渋

する事例があるとの意見もあり、事例によるばらつきがあるようである。

(3) 鑑定書の入手について

対象者の情報として以前に行われた刑事司法鑑定書を事前に入手できるか否かについては、全体の6割に当たる66施設が入手できると回答した。その方法についても、全体の半数強である56施設においては、裁判所から送付されるとのことであった。その他の意見として、入手方法が不明、過去の鑑定書を全く見ていないという回答があった。鑑定入院医療機関が過去の鑑定書を参照することは必須というわけではないが、診療情報としての有用性を考えるとやはり可能な限り把握しておくことが望ましいと考えられる。

(4) 付添人への対応について

対象者の付添人が対象者の医療情報を提供しよう要請してきた場合において、半数強である57施設が原則として回答するとしている。他方、付添人が対象者を他の医療機関の医師に面接させるよう要請した場合に許容すると答えた施設は約4割に当たる32施設に過ぎなかった。もっともこの設問には半数以上である53施設が「無回答・その他」と回答しており、その内容も、経験がない、考えたこともない、という回答が多く、「付添人の相談医による対診」という方法自体が未だあまり浸透していないことをうかがわせた。

(5) 対象者の生活援助について

鑑定入院中の対象者が生活費を持っていない場合において、施設側でこれを負担すると回答した施設は約1割の12施設にとどまった。他方、裁判所に請求すると回答した施設は14施設であり、最多の回答は「無回答・その他」であった。また、対象者において生活保護が必要となった場合に、施設側でその実

現に向けて働きかけるとしたのは全体の4割に当たる41施設であったが、49施設は「無回答・その他」であり、内容もそのような経験がないというものがほとんどであった。法的には対象者の生活費を支弁する義務は裁判所にも医療機関にもない。ただし、日本精神科病院協会においては、現実的な見地から、鑑定入院中の対象者が生活に困窮する場合には速やかに生活保護の手続きを進める必要がある旨の通達を発出している。

(6) 通信・面会について

鑑定入院中の対象者が家族との面会を希望した場合、約6割に当たる60施設が原則として許可すると回答した。電話の発受に関しては59施設、信書の発受に関しては71施設が原則として許可すると回答していた。これらを原則として制限すると回答した施設はごくわずかであった。その他の意見においても許容する旨の回答が多かった。拘留中の被疑者や被告人等においては逃亡防止の観点から通信面会が厳しく制限されることが多いが、鑑定入院中の対象者はあくまでも入院中の精神障害者として処遇されていることを裏付ける結果であるといえる。ちなみに、鑑定入院中の対象者の通信・面会の権利に関しては、これを制限する規定は存在しない旨を医療観察法案審議の場において政府参考人が答弁している。

(7) 外出泊について

鑑定入院中の対象者の外出については、実績がないと回答した施設が60施設で全体の約6割を占めた。施設職員同伴での外出を許可した施設が9施設存在した。外出については、5施設において実績があると回答した。その他の回答を見ると、外出の理由としては当該医療機関で行えない検査のための外出が多く、対象者個人の希望による外出の実績

があるのが否かは定かでない。外泊に関しては、社会適応判断のための職員同伴での外泊を行ったとの回答が見られた。なお、行政府は鑑定入院中の対象者の外出泊の求めに応ずるべき義務はない旨を通知している。

(8) 病室選択・隔離・身体的拘束

対象者の入院時の病室の選択については、約4割に当たる40施設が原則として隔離室を用いると回答していた。隔離継続の基準については、半数弱の49施設が臨床的に隔離不要であれば隔離を解除すると回答しているのに対し、14施設においては全入院期間において隔離を継続すると回答した。また、隔離に関する書面告知については、半数に当たる55施設が書面により行うとしていたが、告知は行わないと回答した施設も19施設あった。身体的拘束に関しては、58施設が書面による告知を行うと回答したのに対し、6施設が告知を行わないと回答した。なお、半数以上に当たる59施設が、行動制限最小化委員会において対象者の行動制限について検討していると回答していた。

現行の措置入院においても入院時には隔離を行う事例が多く、また他害行為から間もない時期であって重篤な精神症状を有している対象者が多いことも予想されることに鑑みると、鑑定入院当初において隔離が頻用されていることが必ずしも妥当でないとはいえない。ただし、原則として全入院期間において隔離を継続するというのは、鑑定入院の目的を逸脱している可能性がある。長きにわたる隔離のために拘禁反応が出現して対象者の精神状態の悪化を招き、鑑定の困難さはもとより対象者の社会復帰を促すという法の趣旨を妨げる結果を招くことも十分に予想される。

ただし、隔離が長期化する理由は複数考えられる。単に鑑定入院であるという理由で隔離が行われているのかもしれないし、他の患

者との接触を避けるためかもしれないし、十分な治療が行われず対象者の病状が改善しないのかもしれない。隔離を継続することに対する医療経済上のインセンティブが働いていることも無関係ではないかもしれない。逆に隔離室であっても時間開放を積極的に行っている施設もあるかもしれない。これらの点については検証が必要であろう。

経験が乏しく手探りであった、ベッドコントロールの問題がある等の回答も散見された。いずれにせよ柔軟な対応が必要であると思われる。

隔離及び身体拘束の告知については、比較的多数の施設において行われていた。身体拘束に関しては、鑑定入院中の対象者に対して行った経験のない施設も多かった。鑑定入院中の対象者の行動制限に際して告知を行うべき義務を定めた法令は存在しないが、医療倫理的に考えれば処遇に関する説明責任を果たすことは必須であろう。行動制限最小化委員会における検討を行っている施設も多く、このような取り組みを広げていくことが肝要であると思われる。

(9) 医療観察法に関する対象者への説明

医療観察法及び鑑定入院等に関する総合的説明については、原則として主治医が行うと回答した施設が半数弱の50施設で最多であった。全職員が説明可能と回答した施設は10施設にとどまった。社会復帰調整官に説明を委ね、鑑定入院医療機関の職員は関与しないと回答した施設もあった。

医療観察法は難解な法律であり、対象者も相対的に少ないことから、全職員への研修を行うことは現実的に困難であるという意見もあろう。ただ、そうであっても、実際に処遇に携わる精神医療従事者が本法を理解していないという事態は避けるべきであり、今後の啓発が課題であると思われる。

(10) 審判後も入院が継続した経験

鑑定入院は審判の決定とともに終了となるはずであるが、全体の2割強に当たる24施設が、何らかの理由により対象者がその後も当該医療機関に入院を継続したという経験を有していた。理由としては、本人の希望による任意入院、通院処遇が決定したが退院後の居住地が決まらない、家族が受入れを拒否した、等が挙げられていた。医療観察法の対象が社会復帰を果たすことの困難さを示唆する結果であるといえる。一部は手続きの迅速化や事例の蓄積によって対処可能かもしれないが、今後もこのような事例が後を絶たないようであれば、制度の構造を見直す必要が出てくるかもしれないと思われる。

(11) 主治医等

鑑定入院中の対象者の処遇を行う主治医の選任方法については施設によってまちまちであった。鑑定入院した対象者について必ず副主治医を定めている施設は13施設、事例によるとした16施設を合わせても全体の3割に過ぎず、逆に半数に当たる53施設では原則として副主治医を定めていない。担当看護師については約6割に当たる65施設において他の患者と同様に選任していた。精神保健福祉士に関しては、半数以上に当たる59施設が必ず選任すると回答した。

対象者の主治医については施設ごとの方針がまちまちであるが、看護師においては他の患者と特に分け隔てなく接しているようである。また、鑑定入院の対象者に関しては、多方面との連絡調整が煩雑になることが予想されるため、精神保健福祉士を選任しておくことは有益であろうと思われる。

(12) 鑑定入院対象者への薬物療法

鑑定入院中の対象者に対する薬物療法については、約7割に当たる67施設が必要十分に

行うと回答したのに対し、13施設においては必要最小限に限定すると回答していた。

従来、鑑定留置等の司法精神鑑定においては、被鑑定人の他害行為時の責任能力を判断するにあたり、治療を進めてしまうと状態像に変化が見られ鑑定が困難になるおそれがあるとの理由から、薬物療法は極力控えるのが常道とされてきた。ところが、医療観察法の鑑定においては、対象者の治療反応性を査定することが鑑定の目標の一つであり、そのためには通常の精神科臨床と同様に積極的な薬物療法を行うことが妥当であるというのが、厚生労働科学研究班や司法精神医療等人材養成研修企画委員会におけるコンセンサスであり、行政府もその見解を支持している。

法案審議における議論や行政府による医療観察法逐条解説においては、治療に対する反応性を見るための試験的な薬物投与等といった控えめな言明がなされているが、実際には「治療への反応性をみるにとどまり真の治療は行わない薬物療法」という段階が存在するわけではなかろう。医療観察法の鑑定においては、司法精神鑑定と同じスタンスで対象者への薬物療法を消極的にするという考え方は、責任能力鑑定も要請されており特に慎重を要する事例といった一部の例外を除き、合理性を欠いている。この点については鑑定入院医療機関への啓発が必要であると考えられる。

(13) 鑑定入院中の対応困難事例

鑑定入院中の対応困難事例としては、拒薬が15施設で最も多く、他者への攻撃的行為がこれに次いだ。全体としては概ね6割以上の施設が対応困難事例の経験がないと回答していた(図5)。

この結果を見る限り、医療観察法の対象者は重篤な精神症状を有する者が多いという言説は必ずしも妥当ではないようである。

個別回答としては、無断離院、対象者の性的逸脱言動、守秘義務の問題等があった。今後新たな課題が発見される可能性もあり、事例の集積が必要であろう。



図5 鑑定入院中の対応困難事例

(14) 精神療法的面接について

鑑定入院中の対象者に対する精神療法的面接に関しては、3割強に当たる37施設が他の患者より高頻度に行うと回答したのに対し、他の患者と同等に行うと回答した施設が40施設で拮抗した。面接の場所については、必ず専用の個室を用いると回答したのは1施設のみで、個室の病室を利用するとしたのが35施設、半数弱に当たる48施設が「無回答・その他」であった。精神療法のスタンスとしては、他の患者とスタンスを変えないことを心がけているとした施設が46施設と半数弱を占めた。また、主治医が対象行為を話題にするか否かについては、あえて話題にすることがあるとした施設は33施設であったが、46施設は「無回答・その他」であった。

対象者への精神療法において主治医はあまり特段に気を使っていないと思われる結果である。実際には主治医を鑑定医が兼任している場合もあり、その際には鑑定人と治療者とのスタンスの使い分けを意識する余裕がないのかもしれない。

(15) その他の治療について

鑑定入院中の対象者に対する作業療法については、必要なら実施すると回答した32施設

よりも、原則として実施しないという回答が40施設で上回った。電気けいれん療法については原則として実施しないとした施設が半数以上の57施設であったが、8施設においては対象者の同意がなくても実施を検討すると回答した。当該医療機関では実施できない検査の必要がある場合においては、半数弱に当たる51施設でできるだけ他院を受診させると回答したのに対し、25施設においては緊急性がない限り検査は行わないと回答した。

電気けいれん療法については、記憶障害の副作用が鑑定結果に影響を与えるおそれがあることから、使用は推奨されないという意見が多いが、異論もある。おそらく施設ごとのスタンスの差が激しいところであろう。

(16) 鑑定入院医療機関における意見

鑑定入院の期間については、約6割に当たる61施設が概ね妥当と回答していた。鑑定入院に関する診療収入については、概ね妥当とする施設が6割強の66施設に上った。今後における鑑定入院の受入れについては、53施設がこれまでと同様に引き受けたいと回答しており、もっと頻繁でもよいとした16施設を合わせると約7割の施設が積極的であった。鑑定入院医療機関の基準や鑑定入院のクリニカルパスが必要か否かについては、半数弱に当たる47施設がその必要性を認めたが、必要でないと回答した施設も18施設に上った。

この結果を見る限り、鑑定入院制度そのものは比較的良好に受け入れられているようである。鑑定入院の標準化に関しては多くの施設がその必要性を認めているようであるが、画一化を図るのは時期尚早という意見もあった。

2. 鑑定入院事例調査

I群（平成17年7月からの17ヶ月間に鑑定入院となった対象者）では、218施設に調査票

を送付し、106施設（48.6%）から284例について回答があった。医療観察法審判の月間平均件数は30.0件であるから、対象者数は、約510例と推計される。したがって、実際に鑑定入院となった対象者に対する回答率は65.2%と推計された。

Ⅱ群（平成19年1月1日からの6ヶ月に鑑定入院医療機関から退院した対象者）では、240施設に調査票を送付し、56施設（23.3%）から105例（推計58.3%）について回答があった。

以下に、調査項目に沿って、Ⅰ群とⅡ群、および両群通算の3者を比較する。

（1）性別

鑑定入院ケースの性別を表示したのが図6である。Ⅱ群ではⅠ群に比べて男性の比率がやや増加しているが、統計的有意差はない。

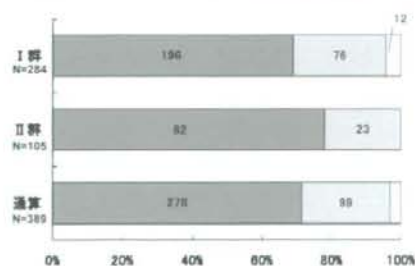


図6 性別

（2）年齢

図7は、鑑定入院ケースの年齢層を3者比較したものである。Ⅱ群では、Ⅰ群に比べて、20、30代の若年層と60代の比率が増加し、40代、50代の中年層が減少している。

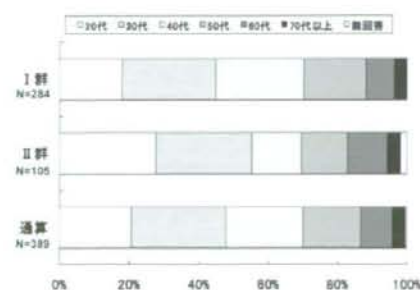


図7 年齢階層

（3）診断

図8に、主診断の構成比を3者で比較した。F2群を主体とする診断構成はⅠ、Ⅱ群間で差はない。図9のように、副診断においても同様である。

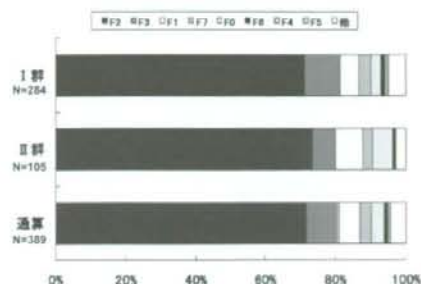


図8 主診断

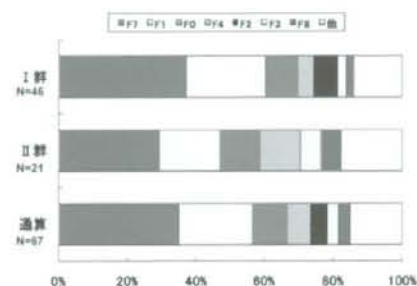


図9 副診断

（4）身体合併症

図10に、他科受診を要する身体合併症ケースの比率を示した。Ⅱ群ではⅠ群に比べて、身体合併症の比率が高い。20代から70代まで年齢分布に偏りはないため、偶発的要因によるものと思われる。

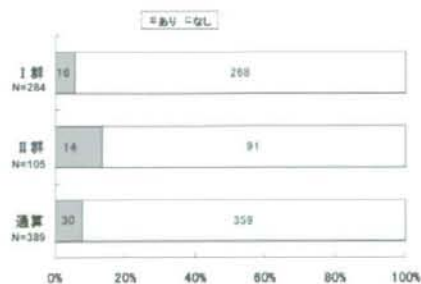


図10 身体合併症