

表11 アドボカシーサービスの状況

施設	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	支払なし
	2	○			—	—	—	—	○	○	法テラス	支払なし
B	3	○			—	—	—	—	○		病院	支払なし
C	4		○		—	—	—	—	○		国から	支払なし
D	5			○		○			—	—	—	—
E	6	○			—	—	—	—	○		病院	支払なし
F	7			○		○	○		—	—	—	—
	8		○		—	—	—	—			法テラス+個人負担	法テラス
G	9			○				検討するも実施なし	—	—	—	—
H	10	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	
I	11		○		—	—	—	—			法テラス	法テラス
J	12			○		○			—	—	—	—
K	13			○				今後検討	—	—	—	—
L	14		○		—	—	—	—			個人負担	支払なし
M	15	○			—	—	—	—	○		法テラス	法テラス
N	16		○		—	—	—	—			個人負担	支払なし
O	17			○		○			—	—	—	—
P	18	○			—	—	—	—	○	NPO法人	無料	無料
Q	19	○			—	—	—	—	○		法テラス	法テラス
R	20		○		—	—	—	—			ボランティア	支払なし
S	21			○			○		—	—	—	—
T	22			○	○				—	—	—	—
U	23		○		—	—	—	—			法テラス	法テラス
V	24	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	
W	25			○		○	○		—	—	—	—
X	26			○		○	○		—	—	病院	詳細不明
Y	27	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	
Z	28			○	○				—	—	—	—
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	○			—	—	—	—	○		法テラス	法テラス
III	31		○		—	—	—	—			法テラス	法テラス
IV	32	○			—	—	—	—	○		法テラス	法テラス

32病棟は平成25年11月開棟

26病棟は、3年前に1度だけ行われた記録があるが、担当者不在のため詳細不明

の支払いはないと回答した病棟は8病棟、無料1病棟、詳細不明1病棟であった。

(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があるという回答が1病棟からあったが詳細については記載がなかった。

(Ⅱ) ピアレビューを利用した事例調査

ピアレビューを利用した事例調査に関しては、平成26年7月15日現在、医療観察法病棟を開棟している30病院、32病棟のうち、28病院、30病棟（回収率93.8%）から回答を得た。なお、ピアレビューを利用した事例調査で回答を入手することのできなかった2病棟は、いずれも施設票調査の回答を得ている。

(1) 倫理会議の審議方法

倫理会議の審議方法に関する調査結果を表12に示した。

倫理会議の議長については、院長が担当している病棟が12、病棟医長ないし部長が担当している病棟が8、病棟医・部長または病棟看護師長が担当している病棟が2、病棟師長が担当している病棟が7、事務係長が担当している病棟が1であった。

事例提示者は、院長が行うとする1病棟をのぞき、すべて医療観察法病棟で治療にあたるスタッフが行っていた。主治医が行う病棟が18、病棟医・部長が行う病棟が14であり、MDTのスタッフが行う病棟も8病棟あった。倫理会議の議題に応じて事例提示者を変える病棟もみられた。

事例提示の方法は、所定の様式を定めている病棟が22病棟と多く、スクリーンの提示や文書で情報を共有している病棟が23病棟であった。所定の様式や情報の提示を行わず口頭のみで行う病棟は1病棟であった。

議決方法は全会一致とする病棟が19病棟と多かった。多数決とするところはなく、「反対がないことで承認とする」病院が4病棟あった。1病棟においては外部委員の承認をもって議決としていた。

(2) 事前評価での不承認・継続審議事例

倫理会議での事前評価の結果、不承認・継続審議となった事例については、2病棟、2事例の回答が収集された。回答の内容は、以下のとおりであり、不承認・継続審議となった事例は把握できなかった。

- 隔離が議題の際、隔離の承認はありましたが、今後の治療の方針のなかで、m-ECTの話題が出て、強制的に実施することは行わず、本人の同意を得るようにといった感じのケースがありました。このケースは不承認としておりませんので、不承認・継続審議ケースはありません。
- 当日、クロザピン症例の経過報告はなされたが、不承認・継続審議の症例はなかった。

(3) 事後評価での意見のついた事例

倫理会議での事後評価にさいして委員から意見のついた事例については6病棟から6事例が収集された。回答の内容を表13に示した。外部委員から隔離の意義や必要性に関する疑問・質問が行われており、倫理会議のセカンド・オピニオンとしての機能が果たされていることが示唆された。

(4) 非告知経口投与（隠し飲ませ）事例

倫理会議で評価を受けた非告知経口投与（隠し飲ませ）事例については2病棟から2事例が収集された。回答の内容を表14に示した。倫理会議での審査を通じて今後は隠し飲ませを原則行わない方針とすることが決まるなど、倫

表12

施設	病棟	議長	事例提示者	事例提示の方法	事後評価の議決方法
A	1	医長または部長	主治医	初回申請時、所定の書式（氏名・年齢・ステージ・議題・病名・対象行為・経過・現在の状況・今後の方針・処方）をA4 1枚にまとめたもの）を使用して説明。再申請の場合は、書式なし	全会一致による議決を原則。一致しない場合は、2週間後に再検討。
	2				
B	3	病棟医長	担当医	書式は定まっていないが、事例の概要に関するプレゼン資料を使用	全会一致による議決を原則
C	4	院長	主治医	MOMシステムで患者情報、経過記録をスライドに提示	議論をするだけで、反対はされなかった
D	5	病棟師長	病棟医長	医療観察法診療支援システムの倫理会議をプロジェクターにて提示しながら説明する	全会一致による議決を原則
E	6	未収集	未収集	未収集	未収集
F	7	司法部長	主治医	MOM内にある倫理会議画面をスクリーンに映し説明している。	評価期間内は全会一致で承認されている。期間外ではあるが、承認できない委員の意見を受け入れ対応したことがある。
	8	病棟師長	病棟医長	口頭で説明する。	議論を行い承認する（多数決を取ることなく承認されている）。
G	9	病棟部長（病棟医長）	病棟部長（病棟医長）	診療支援システムの「倫理会議」の検討事項のページをプロジェクターで映写しながら、主に病棟部長が説明する。補足を他出席者が行う。議題によっては、別の資料を用意する事もある。	議題について説明した後、質疑応答を行い、最終的に異論・反対がなければ、承認としている。
H	10	病棟師長	内容によるがMDTメンバーの誰かが行っている。	パワーポイントを作成し行うことが多い。	全会一致による議決を原則
I	11	院長	病棟医長	支援システムでケースを表示しながら、医長が口頭で行う。	全員一致による議決を原則
J	12	病棟医長または病棟師長	病棟医長または主治医	書式は定まっていないが、事例の概要に関する配布資料・プレゼン資料を使用して説明する	全会一致による議決を原則
K	13	未収集	未収集	未収集	未収集
L	14	病棟師長	主治医またはMDT担当者が報告	倫理会議用の所定の書式を使用して説明する	全会一致による議決を原則
M	15	病棟師長	基本担当医ではあるが、そのケースをよく知るMDTがプレゼンを行っている。	診療システム画面と口頭にて事例の概要を説明していた。	全会一致による議決を原則
N	16	院長	病棟医長兼主治医、担当MDT、主治医	所定の書式を使用し説明している。資料を配布し、資料は会議後病院で回収している。	多数決ではない。議論して参加者に司会者が「よろしいですか?」と問いかけている。反対者はいない。

O	17	院長	病棟医長	倫理会議用の所定の書式を使用して説明する	全会一致による議決を原則
P	18	院長	主治医	氏名・年齢・ステージ・議題・病名・対象行為・経過・現在の状況・今後の方針・処方上記の項目をA4用紙に記載する	全会一致による議決を原則
Q	19	病棟医長	主治医	倫理会議用の院内所定の書式を使用している	全会一致による議決を原則
R	20	事務係長	師長、病棟医長、担当医	書式は定まっていないが、ワード文書等で事例の概要について、プロジェクターで提示している。	外部委員（1名）の承認を得ている。
S	21	院長	病棟医長、主治医、MDT	事例の概要に関する経過表を配布資料として説明。会議終了後、回収している。	全会一致ではないが、委員に意見を求め反対がないことで了承とする。
T	22	院長	院長	電子媒体によるサマリーとしてまとめたもの	全会一致による議決を原則
U	23	病棟師長	治療・行動制限などに関しては主治医困難事例の症例提示はケアコーディネーター（看護師やコメディカル）	倫理会議用の所定の書式を利用して説明する。	全会一致による議決を原則
V	24	病棟医（部長）または病棟師長	主治医または病棟医（部長）	所定の書式に全対象者の情報を入力したものを配布資料として使用している	承認に関する議決はしないが、委員全員の同意が得られるまで議論する。
W	25	看護師長	主治医	プロジェクター倫理会議用の所定の書式を使用して説明	全会一致による議決を原則
X	26	院長	病棟医長	所定のシートを用いて説明	外部委員の意見を優先としながらも、全会一致による議決を原則とする。
Y	27	院長	主治医	倫理会議用の所定の書式（対象行為の概要・病歴・経過・治療計画・処方内容・退院予定地）を記載したA3別紙を配布。加えて、診療支援システム内の注射オーダーや処方を表示して説明する。	全会一致による議決を原則
Z	28	病棟医長	主治医・MDTスタッフ	共有シートにて事前に作成されたサマリーを掲示しMDT担当者が口頭で説明を行う	全会一致した議決を基にMDTが意見を持ち帰り、治療方針を検討する
I	29	病棟医長	病棟医長	クロザリルの使用例については一覧表で提示。行動制限、本人の同意によらない治療は口頭で説明。運営会議と連続して実施するため、運営会議で症例の概要は定型的方法で示している。	事後評価はこれまでは全会一致で承認してきた。承認できないという委員がいた場合の対応は決めている。
II	30	院長	主治医	所定の書式にまとめた配布資料を用意。	全会一致による議決を原則
III	31	院長	病棟医長（主治医）	Wordで作成した事例概要が配布され、会議上ではスクリーン映像が用意される。	議論をしたのちに、司会者が異議の有無を確認する。
IV	32	院長	病棟医長	倫理会議用の所定の書式を使用して説明する	全会一致による議決を原則

I 病棟と 2 病棟は合同で倫理会議を開催

表13 事後評価の検討状況

評価の対象	年代	主診断	副診断	ステージ	検討状況
メンテナン スm-ECT	40歳代	統合失調症		急性期	研究発表に関しての（入院時以外の再度）同意書 クロザピンの使用の是非
隔離	40歳代	精神刺激薬惹起性 精神病障害	精神刺激薬 依存症候群	急性期	鑑定入院中に他患に依頼し脱法ハーブを持ち 込むことが発覚し、他患者との関係を損なわ せるものと判断し隔離処遇とした。外部委員 より、持ち物や郵送物についてどのように確 認しているかとの質問があった。
注射による 強制投薬	50歳代	アルコールによる 精神障害		急性期	院長より薬物療法の効果について質問あり
隔離	30歳代	破瓜型統合失調症		回復期	外部委員（医学部でない大学教授。精神科医） から、隔離中に長時間の開放観察を行って いた事例に対して、「長時間の開放観察を行っ ているのであれば、隔離の必要はないのでは ないか」という意見が出された。最終的には、 承認された。
隔離	30歳代	妄想型統合失調症		回復期	院長から m-ECT後の脱抑制は多飲水による 影響なのか、エビリファイ増量による影響な のかと質問あり。
隔離	30歳代	妄想型統合失調症		急性期	長期化する隔離処遇に関して・外部委員の精 神科医から、隔離処遇を懲罰と受け取らな いか、外部委員の精神保健福祉士から、閉鎖 処遇で何か期待できるものはあるのか、との 疑問が提出された。

表14 非告知経口投与（隠し飲ませ）事例の検討状況

年齢	主診断	副診断	ステージ	薬剤	審査結果	検討状況
30歳代	鑑別不能型統合失 調症	中度精神遅滞	回復期	リスパリド ン内用液	承認	主治医から、病状悪化時には拒薬 傾向がみられるようになり、服薬 ができない状況では対人暴力が多 発するためやむをえないと説明。 外部委員も非告知経口投与をやむ をえないことであると承認。
40歳代	型分類困難な統合 失調症		急性期	ジプレキサ ザイデイス	承認意見 あり	対象者の病状が不安定な状況下で 隔離処遇中に、汁物にジプレキサ ザイデイスを溶解させ、投薬し た。継続はしておらず、事後報告 でもあり、やむをえない使用とい うことで承認となった。しかし、 今後の隠し飲ませに関しては、原 則行わない方針とすることになっ た。

理会議のセカンド・オピニオンとしての機能が
果たされていることが示唆された。

（5）同意が問題となった事例

倫理会議での審査で、対象者本人の同意や
同意能力が議題となった事例については、6
病棟12事例の回答が得られた。回答の内容を表

15に示す。12事例のうち、対象者の同意・同意
能力に関する記載が明示されているのは、5
事例であった。外部委員よりの指摘で、対象者
の同意能力の問題が指摘された事例、弟を代
諾者として同意を得た事例、精神病症状の悪
化に伴う同意能力の変動に備え、家族や後見
人への説明を行うように示唆された事例など、

表15 同意に関する調査票

病棟	評価対象	年齢	主診断	副診断	ステージ	検討状況
A	電気けいれん療法、クロアザピン	40歳代	統合失調症		社会復帰期	外部委員の医師より、他の抗精神病薬を服用していた際も、定期的に採血ができなかったのは望ましい状況では無い。同意能力は、不十分であったと考えられる。クロザリル、m-ECT使用のエビデンスはあると考えられる。
	電気けいれん療法					m-ECTの事前審議の際、対象者に知的障害があるケースでは、事前に対象者自身とご家族から同意を頂くことを委員に説明していたため、検討にはあがらなかった。
B	隔離	30歳代	統合失調感情障害		回復期	注射後の効果の違いは、攻撃性が少ない。注射のタイミングは？7か月を超えている。内服は変わっていないか？変わっていない。しばらく隔離はなかった。経過と現在の状態で仕方ない。躁状態でなければ過沈静。この状態を持続するのか？ほかに内服は考えていないか？クロザピンは？躁状態はかなり苦しい。残る薬はクロザピン。薬疹がでる。リチウムはあまり効果はありません。めいっばいいったらあきませんか？手の振戦や本人のいらいらがある。エビリファイ、リスペリドンも効かない。
	隔離	30歳代	広汎性発達障害		回復期	今開放時間なし？9/4から隔離。？9/8です。えらい荒れてきました。他者とのかわりを望んでいる。家族との面談は？しばらくない。許可は出ている。何ヶ月か前。家を燃やされている。隔離になったときいて母は隔離だとさびしいのでは？妄想はありますか？発達障害にもとづく非現実的な妄想がある。興奮は何を目指している？病棟の対人関係で少しづつストレスがたまる。将来どうしていくのかみえず、ストレスがかかっているのか？以前はリスペリドンを内服していたが、効果がないので中止になった。隔離してしばらく鎮静するのを待つ？それ以外の打開策が見いだせない。隔離は今回は1回目。クエチアピンが入っているのかな？発達障害にはそれなりの薬物療法が必要なのではないかな？最近話は自分からしますか？寡黙はない。要望が多い。主治医に相談は一本化しようとしている。今までできるだけいろいろなスタッフに発散していたが、反発心を招く時期が続いていた。隔離が続いていた。入院がX-4年からでだいぶ長い。対応の仕方を工夫してもいいのではないかな？
	デポ剤、クロザピン以外の向精神薬の使用	40歳代	妄想型統合失調症	知的障害	社会復帰期	10月上旬に退院。症状は落ち着いている。
	デポ剤、クロザピン以外の向精神薬の使用	40歳代	中毒性精神病			入院していから一度X-2年に改修工事でシンナーのにおいで興奮があった。社会復帰のめどがたたない。外出は行っている。帰住先の貯金をするプログラムでおこづかいを貯めている。運動はしている？しているが、戻ってしまった。間食が多い。120キロに戻ってしまった。体重が変わると？120キロだと2アンプルをうっていても症状が変わらない。ちょっとハイな感じが見受けられた。おやつを買うのは好き放題？頓服と眠剤を飲む。朝のうちは寝ている。運動量は少ない。中庭散歩も出たがらない。退屈している？たばこを吸っては寝ている。

	隔離	30歳代	妄想型統合失調症		急性期	<p>隔離は去年の9月からで長くなっている。症状がおさまらず、夜間に腰をけられたのでは？と対象者。入浴は？週3回入浴とシャワー1回。血中濃度の関係もあってリントン88mg。リントンはそこから増量はしていない。最近の問題行動は？他患に言われて、自分に言われていなくてもあの人が殺すぞと言ったとか、言われて大声で怒鳴り返したり、行動ではない。経過があるので怖いから慎重にすすめている。病状もたいへん。ハロマンズも仕方ない。副作用は？あまり出ない。薬に強いのか？見た目にはわからない、手の震え。毎日頓服を服用。若いこともあるのか？様子をみながら薬の調整を考えてください。ECTはすぐにできない。薬はもう少し鎮静がかかるまで入れる。段階的に行動制限を解除する中で、MDT会議の中で本人が対人暴力がなかったことを確認する。本人もMDTに話しよく頑張ったというふうに言えていいのでは。乱暴な方で、慎重にしなければと思う。もともと妄想状態だったが、発達のな問題があるのかな。以前ECTはやったが効果がなかった。クロザピンの話は出ていた。退院後が一人暮らしだと使えない。通院先が使えない。検討はしていただいている。最終手段かなと思う。服薬管理をできる人がいないとできない。施設入所か家族と暮らすか。施設受け入れが厳しい。身寄りがいない。別世帯。最終的には病状が落ち着かないとどうにもならない。暴力はいきなりなぐる。止めに入っても殴り続ける。いきなり、ドアを開けて馬乗りになって連続に殴る。慎重になっている。危ない人。クロザピンはしませんか？W病院はしていない。外来で続けるのは居住環境の問題があるときている。あかんと断定せずに、検討してもらえませんか？</p>
C	隔離	20歳代	統合失調症		急性期	<p>主治医代行より、対象者の生育歴、現病歴、対象行為の経緯、入院以降の状況を説明する。→外部委員の医師より、医療観察法鑑定入院前の内服状況、治療状況を確認される。現在の処遇で妥当との意見が出された。</p>
D	デポ剤、クロザピン以外の向精神薬の使用	60歳代	妄想型統合失調症		回復期	<p>デポ剤の筋肉注射を行っていたが、中止後に精神症状が悪化したため、再開を検討した際に倫理会議に諮られた。精神症状の悪化に伴う同意能力の有無について議論となっており、明らかな同意はなかったが、明確な拒否もなくデポ剤の注射が施行された事例。倫理会議の議事録は支援システム内に残された簡単な記録しかなく、委員からの発言内容は不明であった。</p>
E	クロザピン	50歳代	統合失調症	発達障害の疑い	記載なし	<p>入院時より処遇に不満強くスタッフに敵意をむき出しに隔離対応しオランザピン筋注を実施。接触性が幾分改善されたため隔離解除となった。ハロペリドン、アリピプラゾール十分量投与したが、反応性、耐用性不良。踏み込んだ薬物療法が必要と判断し、代諾者として実弟にクロザピン同意を得た。</p>
F	隔離	40歳代	うつ病			<p>自殺企図により緊急で隔離処遇となった。行動制限については適切に行われているとの外部委員医師からの評価であった。</p>
	クロザピン	60歳代	統合失調症		回復期	<p>クロザピンの使用については本人からの同意を得ていた。しかし、外部委員の医師より、今後、変薬に伴い、精神病症状悪化し、本人から同意を得られなくなる可能性もあるため、弟ならびに後見人に説明をするよう意見があった。</p>

倫理会議のセカンド・オピニオンとしての機能が果たされていることが示唆された。

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2件であったが、本年度は1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の事前審査の件数は昨年度比較して減少していたが、クロザピン投与の事前審査の件数は、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は0名であり、3回、3名であった昨年度と比較して減少していた。注射による強制投薬、通信制限、強制栄養、面会制限は審査回数、対象者数とも昨年度と比較して減少していた。

デポ剤とクロザピンの投与に関する事前審査や通信制限に関する事後審査では、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。

(2) 非告知経口投与（隠し飲ませ）に関する審査

向精神薬の経口投与に関しては、昨年度、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ところ、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いたという結果であった。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った。しかし、調査方法の問題もあって、事例の詳細については不明であった。本年度は、調査票の改善とともにピアレビューを利用した事例調査も併用し、倫理会議での検討状況に関するより詳細な情報を収集を図った。

本年度の施設票調査で把握されたのは、非告知の経口投与（隠し飲ませ）が1病棟で、2回、1名の対象者について審査が行われたのみであった。ピアレビューを利用した事例調査では、非告知経口投与（隠し飲ませ）事例は、2病棟で2名が把握されているが、このうち1例は施設票調査の回答のなかった病棟である。ピアレビューを利用した事例調査で回答を入手することのできなかった2病棟は、いずれも施設票調査の回答を得ており、今回の調査は、非告知経口投与（隠し飲ませ）事例に関しては、事実上の悉皆調査になっているといえる。倫理会議での検討状況は、表14に示したとおりである。

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。把握できた2事例は、いずれも病状悪化時や隔離処遇中に、対人暴力の回避などを目的に非告知経口投与（隠し飲ませ）が行われていたものようであり、一時的な緊急避難的な使用として、臨床的にはやむを得ない場合に当たるものと思われる。特に意見付承認となった事例に関する「今後の隠し飲ませに関しては、原則行わない方針とすることになった」という倫理会議での検討結果は、倫理会議のセカンド・オピニオンとしての機能がよく果たされていることを示す事例のように思われる。

(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26病棟（92.9%）、導入予定が1病棟（3.6%）、導入予定なしが1病棟（3.6%）であった。mECTに関しては、昨年度と同様の結果であり、クロザピンに関しては、ほとんどすべての病棟で導入・導入予定となっている。

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。

なお、mECT未実施例として把握された事例のうち、mECTの施行が不可能な病棟で、倫理会議で修正型でない電気けいれん療法の施行が検討されたが、倫理会議では継続審議とされ、実施されなかつた事例の存在は、倫理会議のセカンド・オピニオンとしての機能が果たされていることを示唆するものである。

(4) 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60.7%で対人暴力事件が発生しており、17.9%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、昨年度の調査によれば、対象者の同意を得たうえでの治療や、隔離・身体的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。

警察に連絡したすべての事例で、警察官は対象者と面接していた。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。

(5) 携帯電話使用に関して

本研究では、これまで病棟によって取り扱いの異なる喫煙・携帯電話使用の問題について、統一的な指針の策定をめざして情報の収集や検討を行ってきた。このうち、喫煙に関しては、健康増進法の施行もあり、病院内全面禁煙とする病院が、精神科病院でも多くなっていること、また、喫煙の自由は、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こともあって、統一的な指針の検討は取りやめとした。

これに対して、携帯電話の使用は、「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。

平成25年度の調査によれば、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。具体的な状況をみると、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（平成25年度報告書参照）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。

イギリスでは、NHS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（The Department of Health: Using mobile phones in NHS hospitals）。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、携帯電話の使用が、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、医用電気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。

わが国の医療機関内における携帯電話等の使用については、医療機器の電磁的耐性に関する薬事法（昭和35年法律第145号）に基づく規制、1997年に不要電波問題対策協議会（現在の電波環境協議会）が公表した指針及びマナーの問題等を総合的に勘案して、各医療機関において独自のルールが定められていたが、医用電気機器への影響を理由に医療機関内ではほぼ一律に携帯電話の使用を禁止するようなルールが多かった。

しかし、携帯電話や医用電気機器の著しい性能向上もあり、医用電気機器から一定の距離を確保するなど安全対策を行ったうえで、医療機関内においても携帯電話等の電波利用機器の活用が考えられるようになり、2014年1月より電波環境協議会（電波による電子機器等への障害を防止・除去するための対策を協議するための学識経験者、関係省庁、業界団体等により構成された協議体で、総務省、厚生労働省も構成員として参加している）において、医療機関内における携帯電話等の使用に関する検討が開始された。2014年8月19日電波環境協議会は、「医療機関における携帯電話等の使用に関する指針」ならび「医療機関における携帯電話等の使用に関する報告書」を公表した。

同指針の「医療機関利用者向けの携帯電話端末使用ルールの設定」によれば、携帯電話の使用は、生活に不可欠なものとなっており、患者の利便性・生活の質の向上のために、医療機関においても患者の携帯電話の使用は、可能な限り認められることが望ましいが、携帯電話がごく近接して使用される場合には医用電気機器の動作に影響を与える可能性があること、また、通話時の音声、着信音、操作音、テレビ視聴音等に関するマナーの問題が生じることがあり、携帯電話の使用については、一定の使用制限を設けるなど、使用に関して適切なルールを定める必要があり、医療機関によって医用電気機器の種類、施設等の状況が異なるため、具体的なルールは、各医療機関において、各機関個別の状況等も総合考慮しながら適切に設定することとされている。考慮すべき事項としては、（1）一般的な注意事項として、①離隔距離の設定、②マナーの観点、③個人情報、医療情報の保護、④EMC（Electro Magnetic Compatibility：電磁的耐性及び、自らが発出する電磁波などによる周囲の電気機器への影響（電磁障害）を防止すること。電磁両立性。）に関する体制の充実があげられている。マナーの観点では、「共用空間での携帯電話端末による通話等は、他の患者の静養を妨げるおそれがあるため、各医療機関においてマナーの観点を考慮した使用制限を設けることが適切である」としており、個人情報、医療情報の保護では、「携帯電話端末には録音、カメラ機能を備えるものが多いが、個人情報の保護、医療情報漏えいの防止の観点から、医療機関でのそれらの機能の使用は、原則として控えられることが適切である」とされている。また、医療機関においては、エリアによって、使用される医用電気機器の種類、携帯電話用に対するニーズ、他者への配慮の必要性等の状況が大きく異なるため、各医療機関におけるルールは、エリアごとに設定す

る必要があり、携帯電話使用可能なエリアにおいては、使用する際の条件（離隔距離、使用の際の留意事項等）についてもあわせて設定することが必要であるとされており、①待合室、ロビー、食堂、廊下、エレベーターホール等、②病室、③診察室、④手術室、集中治療室(ICU等)、検査室、治療室等、⑤携帯電話コーナー、携帯電話専用室等にわけて、エリアごとのルールを設定する際の考え方が示されている。このうち、多人数病室については、「通話等は、病室内の他の患者の静養が妨げられる可能性があるため、制限を設ける等の配慮がなされることが望ましい。なお、メール・WEB閲覧等の音が外部に出ない使用は他の患者の静養を妨げる可能性は低いと思われるが、必要に応じ、夜間の使用を禁止するなどの制限を設定すること」とされている。また、「医療機関に携帯電話端末を使用できる場所が少ない場合は、利用者の利便性・生活の質の向上のために、適切な場所に携帯電話使用コーナーが設けられることが望ましい。このエリアでは、通話等を含めて使用可能とすること」とされている。

こうした指針を考えると、医用電気機器に与える影響を理由に一律に医療機関内での携帯電話の使用を禁止することは適切とはいえない。また、公衆電話があるから携帯電話を使用する必要はないとするのも携帯電話の普及状況や経済的な負担の差異を考えると適切とはいえない。

それでは、医療観察法病棟における携帯電話使用についてどのように考えるべきであろうか。外出・外泊時に病棟所有の携帯電話を貸し出す病棟もあるが、以下の検討では、通話料負担の問題もあり対象者が所有する携帯電話の使用について述べる。

指針にも示されているように、携帯電話使用のルールは、使用される場所の特性に応じたルールを策定する必要がある。医療観察法の

目的は、重大な他害行為を行ったさいの精神障害を改善し、再発・再燃予防を通じて再び同様の他害行為を行うことなく、対象者を社会復帰させることにあり、医療観察法病棟入院中の対象者は、医療観察法43条1項の規定により医療を受けるべき法的義務を課されている。つまり、携帯電話使用の制限もこうした医療観察法による医療の目的に反する場合は制限されるべきであり、医療観察法の目的にかなう場合には制限されてはならないと考えられる。

医用電気機器についてであるが、医療観察法病棟の病室やホール・食堂などの共用スペースには携帯電話の影響が問題となるような医用電気機器は存在しない。したがって、病室やホール・食堂などの共用スペースでの携帯電話使用の使用に関しては、医用電気機器への影響を考慮する必要はないであろう。ただし、携帯電話による通話に関しては、他の対象者の療養環境に影響を与える可能性があり、病棟内のどこでも可能とすることは適切とはいえない。指針では、個人情報保護の観点から、携帯電話の録音、カメラ機能の使用は制限されるべきとされているが、医療観察法病棟の場合には、こうした個人情報保護についてはより一層の配慮が必要であり、これらの機能が使用されることは防止する必要がある。医療観察法病棟の病室は全室個室であり、携帯電話による通話が、他の対象者の療養環境に与える影響は少ないと思われる。しかし、病室内での使用を認めることは、携帯電話の録音、カメラ機能の存在を考えると適切ではない。したがって、携帯電話の使用は病棟スタッフの目の届く範囲で行われる必要がある。その一方で、通信の自由が保障されるためには、通信の秘密が保たれる必要がある。こうした点を考えると、携帯電話の使用を許可する場所としては、病棟内に設置されている公衆電話スペースの活用が考えられる。また、こうした使

用場所の制限が実効性をもつためには、個人所有の携帯電話を病棟で預かり、本人の要請に基づいて貸し出すというプロセスが必要である。

携帯電話を使用する時間については、規則正しい生活や睡眠時間を確保する観点から、原則として、日常生活時間帯（起床時間から消灯時間まで）にするのが適切と思われる。

通信の自由は、すべての対象者に保障される必要があり、かりに精神症状が不安定な対象者であっても人権擁護機関や代理人となる弁護士への電話に関しては制限することができない。しかし、公衆電話ではなく、個人所有の携帯電話の使用を認めるべきかどうかについては、医療観察法による医療の目的にどうか否かの視点も必要であり、その場合、対象者自身が、個人所有の携帯電話を使用することに伴うルールを理解し、それを遵守することができるだけの自律性を備えていることが必要と思われる。医療観察法病棟における治療ステージの決定は、多職種協働チームによる治療評価会議の報告をもとに運営会議で議論・評価され、最終的に指定入院医療機関の管理者が決定している。急性期、回復期、社会復帰期それぞれに治療目標が設定されている。急性期は、治療への導入時期として良好な治療関係を構築する時期であり、回復期は、認知行動療法やリハビリテーションなどの本格的な治療が開始される時期であり、社会復帰期は、本格的な社会復帰への準備を行う時期である。治療ステージが進むにつれて社会復帰が近づく、それだけ対象者の自律性が重視されることになる。治療ステージごとの治療目標を考えると、少なくとも回復期以降の対象者に関しては、個人所有の携帯電話の病棟内での使用を認めてもよいように思われる。

以上のような検討に基づき、研究班としては、医療観察法病棟内での個人所有の携帯電話の使用について、以下のような見解をまと

めた。

- ①個人所有の携帯電話を病棟スタッフが預かり、本人の要請があったさいに貸し出す
- ②使用場所は、病棟内の公衆電話スペースとする
- ③使用時間は、日常生活時間帯（起床時間から消灯時間）とする
- ④使用を許可するのは、回復期以降の対象者とする

以上は、研究班として提言する見解であり、個々の病棟における携帯電話使用に関するルールは、あくまでも各病棟の特性に応じて定められるべきものである。対象者の人権擁護の観点からもっとも重要と思われることは、個人所有の携帯電話の使用を一律に制限することを当然視せず、「医療機関における携帯電話等の使用に関する指針」や研究班の見解を参考としつつ、個々の病棟において、制限の理由が医療観察法による医療の目的からみて妥当であるのか否かについて検討したうえで、個人所有の携帯電話使用に関する病棟としての方針を定めることである。

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。

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、アンケート調査とピアレビューを利用した事例調査によって、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

についても事前審査で不承認となった事例や事後審査で意見のついた事例も存在していた。昨年度の調査で問題となった非告知投与（隠し飲ませ）事例は、2事例が把握されたが、いずれも、一時的な緊急避難的な使用として、臨床的にはやむを得ない場合に当たるものと思われ、1事例では倫理会議での検討を通じて、非告知投与を行わない方針が確認された。以上より、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。

また、医療観察法病棟内での個人所有の携帯電話使用に関して、研究班としての見解をまとめた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

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 26 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入院医療において、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。

回答は、各病棟の状況に応じて、医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者、事務職員の方にご記入いただいてもかまいません。また、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 25 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 25 年 7 月 16 日から平成 26 年 7 月 15 日の 1 年間としています。貴病棟が、平成 25 年 7 月 16 日以降に開設された場合には、平成 25 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、字数の制限等はございませんのでご自由にお書きください。

貴病院名 ()

I. 貴病院の倫理会議の構成について伺います。

(I-1) 倫理会議の外部委員を委嘱している精神科医は何名ですか () 名

(I-2) 外部委員として委嘱されている精神科医の所属機関について、該当する項目に人数をお書きください。

- 1) 医学部などの医学研究教育機関 () 名
- 2) 医学部以外の大学や研究教育機関 () 名
- 3) 精神保健福祉センター () 名
- 4) 保健所などの衛生行政機関 () 名
- 5) 都道府県立病院などの公的病院 () 名
- 6) 民間精神科病院 () 名
- 7) 精神科診療所 () 名
- 8) その他 () () 名

(I-3) 一回の倫理会議に出席する外部委員の精神科医は何名ですか () 名

(I-4) 倫理会議に出席する外部委員の精神科医はどのようにして決定されていますか。あてはまるものを1つ選び () に○をつけてください。

- () 輪番制を採用しており、あらかじめ出席する委員が決まっている
- () あらかじめ決まっておらず、都合のつく委員が出席する
- () 外部委員の精神科医は1名のみで、その人に出席を依頼する
- () その他 ()

(I-5) 【複数回答】精神科医以外の方を外部委員として委嘱していますか。あてはまるすべての () に○をつけてください。

- () 精神科医以外には委嘱していない
- () 精神保健福祉士
- () 看護師・保健師
- () 作業療法士
- () 臨床心理技術者
- () 弁護士
- () 裁判官
- () 検察官
- () その他 ()

(I-6) (I-5) で精神科医以外の外部委員を委嘱していると回答された方に伺います。これまで、精神科医である外部委員が参加できない場合に、精神科医以外の外部委員のみの参加で倫理会議を開催したことがありますか。

- 1) あり () 回⇒そのうち議決が必要な審査案件のあったのは () 回
 2) なし

(I-7) 1回の倫理会議に出席を要請する委員は何名ですか。外部委員と内部委員にわけ
 てお書きください。

外部委員 () 名 内部委員 () 名

(I-8) 倫理会議に関する規定はありますか。

- 1) あり ⇒倫理会議に関する規定を添付してください。
 2) なし

II. 倫理会議の審査実績についてお伺いします。

(II-1) 貴病棟における、平成25年7月16日から平成26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

(II-2) 平成25年7月16日から平成26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。なお、「継続審議」とは、1回の倫理会議では、承認・不承認の決定がなされなかった事例を指します。

	審議回数 (回)	審議対象者数 (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					

(Ⅱ-3) 平成25年7月16日から平成26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。なお、「意見あり」とは、無条件の承認ではなく、出席委員から事例への対応に関して疑問や改善等を求める意見がでた事例を指します。

	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)				
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 (経管栄養・中心静脈栄養 IVH など)				
通信の制限				
面会の制限				

Ⅲ. 平成25年7月16日から平成26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 (人に対する暴力のみで、暴言など言語的な暴力や器物損壊など物に対する暴力は除きます) 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 (外出中等)
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					

警察官が対象者と会った事例の対応について、疑問を感じられた事例があれば、差し支えない範囲で以下にご記入下さい (自由記載)。

IV. 貴病棟における処遇改善請求に関してお伺いします。

(IV-1) 平成25年7月16日より平成26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(IV-2)～(IV-5)の設問は、(IV-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 (V-1)にお進みください。

(IV-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

(IV-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		

(IV-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) 処遇は不适当と認める () 件
- 3) 平成26年7月15日現在審査中 () 件

V. 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。

なお、「退院許可」は入院処遇から通院処遇に移行する決定を、「医療終了」は入院処遇終了と同時に医療観察法による医療も終了する決定を指します。

(V-1) 平成25年7月16日より平成26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)		

(V-2)平成25年7月16日より平成26年7月15日の間に対象者側(貴院の管理者以外)から退院許可・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)
対象者本人		
保護者		
付添人		

(V-3)平成25年7月16日より平成26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)				

(V-4)平成25年7月16日より平成26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)				

(V-5)(V-4)で申立てから決定までに6ヶ月以上かかった事例があった施設にお伺いします。差し支えない範囲で事例の概要についてご教示ください。

(V-5)平成25年7月16日より平成26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)		