

する業務の比重が高いのに対し、市町村では自立支援法関係や退院促進、障害者自立支援法に基づく医療以外の福祉サービス、社会復帰に向けた業務の比重が高かった。

一方、今後、積極的に取り組む必要のある業務は、保健所では退院促進や自殺予防対策やひきこもり対策等の業務があげられたのに対し、市町村では自立支援法関係や自殺予防対策などの業務があげられ、それぞれの機関において、医療観察法関連業務の位置付けが低い現状にあると考えられた。

(5) 医療観察法の対象者への関与では、保健所および市町村双方で、鑑定入院中や指定入院中からといった比較的早期の段階から関与があった。また、関与の体制では一般の精神保健福祉の実施体制で対応し、医療観察法という特別な体制を組んでいるところは少なかった。

対象者に関わった職種では、保健師が圧倒的に多く、次いで精神保健福祉士が関与していた。

関与事例では新規事例が多く、継続事例の関与の契機では、本人の相談に関わった事例である、あるいは関係機関から相談を受けた事例であるといったものが多かった。

(6) 地域処遇上の関係機関では、保護観察所、指定通院医療機関との関わりが一番多くあると回答したところが多かった。

(7) 地域処遇上の課題では、「人員不足」や「業務上、時間的な余裕がない」、「法制度に関する理解が少ない」、「法制度に関する研修が少ない」などが出されたが、特に市町村では、「市町村の役割が明確でない」といった意見が出された。

(8) 今後、地域処遇上必要な社会資源では、指定通院医療機関や通所型社会資源、相談支援事業所など、人材では、精神保健福祉士や医師、保健師をあげるところが多く、特に精神保健福祉士が地域処遇では必要な人材であ

るという回答が保健所および市町村双方において、一番多かった。

3. 考察

(1) 医療観察法施行後約2年が経過し、地域処遇が行われる事案が増加している現状の中、地域精神保健福祉活動の中心的機関である保健所および市町村では、実際に医療観察法の対象者への関与が増加する傾向にある。本調査結果から保健所は比較的関わりを多く持っていることがわかったが、市町村での関与は約8割の市町村で関与がないものの、今後は増加すると考えられる。

(2) 精神保健福祉業務の実施体制では、精神保健福祉専従の担当課を有する保健所は少なく、市町村ではその多くが、障害福祉担当課で対応する以外、事例に応じ市町村の3課で適宜対応している現状があった。対象者のニーズに応ずるためには、今後、できれば専従の担当課を整備し、精神保健福祉専任の職員配置がなされる必要があると考えられる。

(3) 精神保健福祉士の配置では、精神保健福祉士は「必ず必要である」とする回答は少なく、「必要ではあるが他の職種でも対応が可」と回答したところが特に市町村で予想以上に多かったのは、とても残念である。しかし、今後は、精神保健福祉士が医療観察法の対象者の地域生活支援活動においても専門性を発揮し、社会復帰に向けた役割や機能を各機関の中で明確化するとともに実践することが重要となる。さらに職域拡大として、各市町村に精神保健福祉士を登用も含めて、医療観察法業務の拡充を図っていく必要がある。

(4) 現行の地域処遇では、入院処遇などにおける指定入院医療機関の手厚い支援体制の比較し、本調査でも明らかになったように指定通院医療機関や社会復帰施設数の不足は明らかであり、医療観察法の対象者の社会復帰活動を推進していくことを阻害する要因と考え

られ、大きな課題となっている。

(5) 今後は、地域における必要な社会資源および人材を手当てし、各地域において隔たりのない社会復帰活動を展開する基盤づくりを早急に行うことが必要であり、精神障害者の地域精神保健福祉活動の中心的な機関となる保健所や障害者の福祉サービスの実施機関となる市町村、精神保健福祉センターなどと機関連携、地域ネットワークの構築と併せて、対象者の支援活動の更なる強化を図っていくことが求められている。

今年度は、医療観察法における保健所および市町村の役割に関する調査を実施し、さらに保健所および市町村に勤務する精神保健福祉士の役割に関し、検証した。本調査では検証や分析で不十分な部分が多くあったと考えられた。

よって、次年度（最終年度）の調査研究では、本調査の結果の再評価も含め、地域処遇を行う上では、今後、重要な役割を担う社会復帰施設および、その施設に勤務する精神保健福祉士を対象とした調査の実施することとし、医療観察法における精神保健福祉士の役割に関する研究をさらに深めていくこととする。

C. 精神障害者社会復帰施設

1. 調査概要

1) 調査目的

本調査は障害者自立支援法等新法施行による地域精神保健福祉支援体制の中での精神障害者社会復帰施設の役割について、その実態を明らかにし、医療観察法に基づく地域処遇における今後の課題を明らかにすることを目的とした。

2) 調査対象

全国の精神障害者社会復帰施設 1,697カ所

3) 調査方法

郵送による記名式アンケート調査

4) 調査期間

平成20年11月1日（月）から平成20年11月21日（金）まで

5) 回収状況

684カ所から回答を得た（40.3%）

2. 調査結果の概要

1) 精神保健福祉士の配置率

職員数 5447人

（職種別内訳）

精神保健福祉士 1,584人（29%）

社会福祉士 346人（6%）

看護師 296人（5.4%）

その他 3,104人（57%）

2) 医療観察法対象者への対応について

(1) 関与の状況

関与有りが139施設19%となっていた。

関与がない理由を見てみると、「調整官からの要請がない」という回答が90%で、否定的な理由による関与をしないという施設は2～3%程度であった。

(2) 対応の可否について

要請があった場合、対応できるかの問いに対して、「対応できる」とした施設は180施設の38%で、「対応できない」とした施設が62%となっていた。現状では要請がないから関与していないが、実際に要請があっても6割強の施設が対応できないと考えていた。その理由として1位が「処遇困難である」で、70%となっていた。

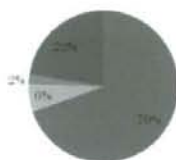
要請があった場合対応可能か

■対応できる ■対応できない

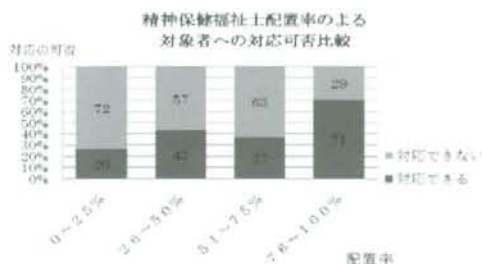


対応できない理由

■処遇困難 ■行政が対応すべき ■福祉の対象ではない ■その他



さらに、対応できるか否かについて、精神保健福祉士の配置率を25%ずつの4階層に分けて見ると、配置率が0%～25%、26%～50%、50%～75%では60～70%が対応できないとしているのに対して、75%以上精神保健福祉士の配置をしている施設では70%が対応できるとしていた。配置率が増えるにつれて、対応出来る割合が増えているという訳でもなく、75%以上の配置率の層について高い割合で対応可能という結果となった。

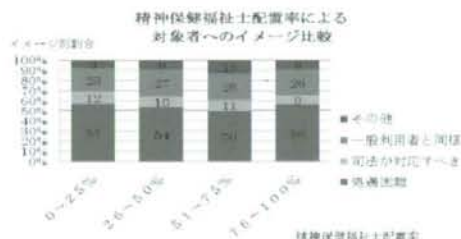


どのような体制なら可能かの問いに対しては、専門職員の配置と増員で47%、保健所の応援30%となっている。対象者の支援を行うには、約半数が地域処遇においても専門職員の配置及び増員を必要としていた。

3) 対応の体制について

(1) 地域処遇において精神保健福祉士が必要な問いに対して、61%が必要と回答していた。精神保健福祉士の配置率が29%であることを考えると、精神保健福祉士への期待の高さが伺えた。

(2) 対象者のイメージでは、「処遇困難事例」が54%と多く、次いで「特別な印象はない」が25%となっていた。その設問について、精神保健福祉士の配置率を25%ごとの4階層に分けて見たところ、どの階層でも同じようなイメージの割合であった。精神保健福祉士の配置率によるこの法の対象者のイメージに差はみられなかった。



(3) 地域処遇に必要な社会資源は何かという問いに対して、通院医療機関が26%と多く、次いで保健所が16%となっている。必要な人材という問いに対しては、精神保健福祉士（病院、施設、市町村）が38%と多く、保健所の精神保健福祉相談員を精神保健福祉士に含めると51%が必要な人材と考えていた。次いで医師が27%、保健師が11%となっている。

4) 関与状況

(1) 関与している施設数は139施設(19%)で対象者数は195人となっていた。一番多い施設では10人に関与していた。

(2) どの段階からの関与かについては、入院中からの関与が50%と多く、次いで通院処遇からが37%からとなっていた。入院中の関与は、地域処遇に向けての院内処遇会議から参加しているものと考えられる。

(3) 関与の体制では個別担当制が33%で、チームで担当が67%となっていた。

通常の体制が個別担当制なのかチーム担当制なのか不明であるため、医療観察法対象者の為に特別にチーム制をとっているかは不明であった。

(4) 関与している職員では、精神保健福祉士が50%と多く、次いで看護師が20%となっていた。

(5) 関与した事例は、施設に取って新規事例か継続事例かの問いには、新規事例が90%となっていた。

(6) 地域処遇で実施しているサービスはケア会議出席26%、施設利用25%、面接21%となっていて、提供しているサービスに差はなかった。

(7) 地域サポートの課題は、時間、人、研修、理解、情報等の不足がほぼ20%前後割合で課題としてあがっていた。

(8) 処遇終了後の各施設の関与は、ケア会議の方針が34%と多く、次いで本人の希望27%となっていた。

3 まとめ

社会復帰施設における対象者の支援について、現状では62%が対応できないとしていた。その理由として、処遇困難であるからというもの70%に達している。社会復帰施設職員における精神保健福祉士の割合は29%と低いものであったが、平成20年11月末時点で、社会復帰施設が関与している195人の対象者を支援をしている職員は50%が精神保健福祉士であった。配置率から比較すると高率である。また、対象者への支援について対応できないかを精神保健福祉士の25%毎の配置率別に見ると、75%以上の配置をしている施設では、70%の施設が対応可能としていた。

さらに、今後地域処遇で必要とされる職種については、60%が精神保健福祉士を挙げていた。実際の精神保健福祉士の配置率は低いものの、医療観察法対象者への支援の50%については精神保健福祉士が対応し、現在関与していない施設でも、精神保健福祉士を75%以上配置している施設では、対象者への支援について70%が対応可能としていた。社会復帰施設では、対象者への支援について精神保健福祉士への期待と役割が高いことが伺えた。

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

措置入院制度の運用実態に関する研究

平成 19 年度～20 年度

総合研究報告書

平成 21（2009）年 3 月

分担研究者 吉住 昭

独立行政法人国立病院機構花巻病院

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 19 年度～平成 20 年度 総合研究報告書

1. 措置入院制度の運用実態に関する研究

分担研究者：吉住 昭 独立行政法人国立病院機構花巻病院

研究協力者：

瀬戸 秀文（長崎県立精神医療センター、

肥前精神医療センター臨床研究部社会精神医学）

執筆担当者

立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所）

河野 稔明（国立精神・神経センター精神保健研究所）

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所）

研究要旨

措置入院制度のモニタリングについては、詳細な情報を収集して分析する方法と、入院者数など全体的な動向を精神保健福祉資料の分析によって明らかにしていく方法が考えられる。この研究班では、この2つの側面から、次の研究を行った。

1 モニタリングシステムの構築について

措置入院制度のモニタリングは、制度の適正な運用にあたり必要なものであるが、措置入院制度の運用実態のモニタリングを容易にするために、措置入院制度に関連するいくつかの文書について、電子化による文書管理システムを構築する必要がある。このため、事前調査票、措置入院に関する診断書、措置症状消退届について、段階を踏んで、電子化の作業を行った。

2007年度は、スタンドアロンPCにおいて動作するフォームを作成した。

2008年度は、作成されたフォームについて、都道府県・政令指定都市において、その試用を依頼し、アンケート調査により、改善すべき点を明らかにした。

患者のID管理やデータクリーニング、セキュリティの方策を講じることによって患者の個人情報情報を安全に扱う体制を整えた後、いくつかの都道府県・政令指定都市において試行調査を行った。試行調査によって明らかになった問題点を改善することにより、最終的には、全都道府県・政令指定都市における措置入院制度運用の実務に普及させていくことが望まれる。

2 精神保健福祉資料をもとにした警察官通報の運用実態の分析について

警察官通報（精神保健福祉法第24条）は、地域における危機介入の重要な手段ともなっており、その運用実態は地域における危機介入の現状を反映するものである。2000年度から2006年度の精神保健福祉資料に掲載の措置入院制度の運用実態についてのデータをもとに、1999年度から2005年度までの警察官通報の運用実態を分析した。結果、警察官通報は、1999年度と2000年度の間で、大きく増加しており、1999年改正法の施行時に起こった変化、すなわち警察からの通報実態の変化が影響していると考えられた。また、通報県数の増加は、2003年度から2004年度の間にも起こっていた。

この背景について、3県に聞き取り調査を行ったところ、いずれも通報件数の増加に対応するための困難に直面しており、当該県だけでは解決できない課題もかかえていた。また、本来は別の制度である措置診察と医療保護入院あるいは医療観察法処遇が連携的に運用されている実態があることも示された。

A. 研究目的

措置入院制度は、精神保健及び精神障害者の福祉に関する法律（以下、「精神保健福祉法」という。）に基づき、自傷・他害のおそれ認められた精神障害者を、知事・政令市長の行政処分として、本人の同意にかかわらず、国等の設置した精神科病院または指定病院に入院させる制度である。人権への制約が著しいため、その適用は慎重であるべきであるが、一方で時機を得た適用は地域における危機介入の重要な手段でもあり、適正な運用がなされることは、精神保健福祉において、きわめて重要な事項である。

近年、措置入院制度においては、警察官通報の増加、医療観察法の施行など種々の事情が影響し、運用実態が変化している可能性がある。このような変化を、定期的に、適正にモニタリングし、制度の適正な運用に活かされるべきである。

しかし現状では、精神保健福祉資料（630調査）などで、通報件数・通報種別・措置診察件数・要措置件数の推移が明らかになっている以外には、措置入院の運用実態、どのような属性・問題行動・病状・診断の患者が、通報を受けて診察が実施され、要措置・措置不要の診断を受けているかは、厚生科学研究による2000年度1年間の措置入院についての全国調査および地域的にモニターした報告がいくつかあるのみで、入院期間や措置継続・解除についての病状や各因子をモニターする仕組みは、ないに等しい。

このため、全国的レベルでの動向を明らかにしていくシステムの分析の向上と、個々の事例の詳細な属性、病状や問題行動等をモニタリングするシステムの、両方が必要である。

B 研究方法

この研究班では、措置入院制度のモニタリ

ングシステムの構築ならびに精神保健福祉資料をもとにした警察官通報の運用実態の分析について、検討を行った。

1 モニタリングシステムの構築

まず、モニタリングシステム構築の第1ステップとして、以後のステップでの拡張を視野に置きつつ、スタンドアロンPCにおいて動作するモニタリングシステムの原型となるフォーム「措置入院文書管理システム（試作版）」を作成した。

その上で、この試作版システムについて実務を担当する自治体職員に対して、運用に際して問題となりそうな点についての意見を集約し、システムを実用化する際に必要な改善を図っていくため、アンケート調査を行った。

具体的には各都道府県・政令指定都市を対象に、システム試作版のCDを配布して実際に試用を依頼し、使い勝手等についてアンケート調査を行った。あわせて措置入院制度の事前調査書・診断書等の作成の現状についても設問し、回答を求めた。

2 精神保健福祉資料をもとにした警察官通報の運用実態の分析

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課（現：精神・障害保健課）では、毎年6月30日付で、障害保健福祉課長から都道府県・政令指定都市の精神保健福祉主管部長に「精神保健福祉関係資料の作成について」という文書依頼を行い、全国の精神科医療施設、精神科デイケア、社会復帰施設等、および精神保健福祉医療関係の都道府県の業務状況の資料を収集し、その概要を「精神保健福祉資料」として毎年公表している。

この研究では、1999年度から2004年度の実績に基づき、各翌年度にあたる2000年度から2005年度の精神保健福祉資料に掲載された措置入院制度の運用状況についてのデータを使

用した。

精神保健福祉資料のうち、各年度の警察官通報数、措置診察実施数、措置入院数から、それぞれの、人口100万人あたりの年次推移と地域差、通報に占める診察数の割合、診察数に占める措置入院数の割合を求めた。また各年6月における措置入院者数と翌年6月1日までの措置症状消退届数の年次推移ならびにその直後の転帰を求めた。

この中で、警察官通報については、運用実態の変化が明らかとなったが、その要因については不明な点があったため、増加の割合が全国平均より高く、担当した研究者の日程から訪問可能であって、かつ聞き取りに同意の得られた3県を対象に聞き取りを行い、警察官通報増加の要因とシステム上の問題について、質的な情報の把握をおこなった。

(倫理面への配慮)

モニタリングシステムとしてコンピュータソフトを作成し、その使い勝手を評価する、あるいは既に一般に公開されている統計資料を二次的に分析し、あるいは県担当者にその意見を尋ねるといった方法のため、患者の個人データを直接扱い、個人を特定可能な情報は含まれず、倫理的問題は発生しない。なお、研究に実施にあたり厚生労働省社会・援護局

障害保健福祉部精神・障害保健課からデータを二次的に分析することの許可を得た。

C. 結果

1 モニタリングシステムの構築について

(1) システム試作版の作成

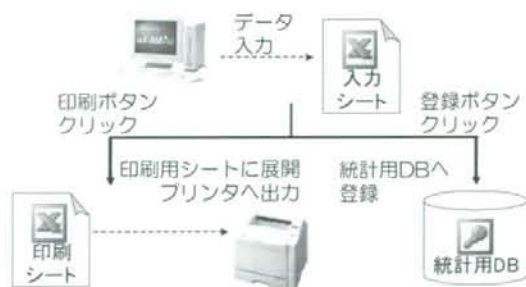
今回、文書管理システムの作成対象とした文書は、事前調査票、措置入院に関する診断書および措置症状消退届である。

基本的な構想については、研究協力者らの説明を受けて、システム開発者が概念図(図1、2)を作成したので、この概念図によって説明する。

措置入院制度での文書は、事前調査データ票、措置入院に関する診断書、措置症状消退届であるが、この3種とも、基本的には同様の動作が想定できるため、便宜上、事前調査データ票の動きが図示されている。

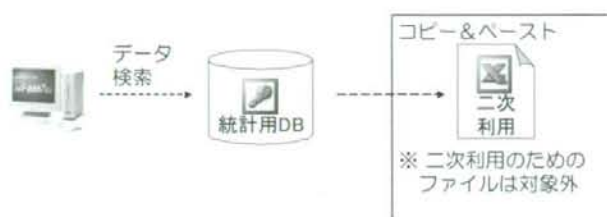
措置入院の通報が行われると、保健所では、事前調査が行われ、並行して事前調査データ票に入力がなされる。

作成されるソフトウェアにおいて、印刷ボタンにより、事前調査票が印刷され、同時に登録ボタンにより、関連データが統計用データベースに保管されるという形式で作成されるものである。



- ・『事前調査データ票』『措置入院に関する診断書』『措置入院者の症状消退届』も同様。

図1 第1ステップのイメージ (1) データ入力



- ・『事前調査データ票』『措置入院に関する診断書』『措置入院者の症状消退届』も同様。

図2 第1ステップのイメージ (2) データ検索

そして、統計用データベースを用いて、その都度、必要に応じた処理を行う、というものである。

なお、時間的、予算的制約から、最初の段階として、開発担当者において、スタンドアロンPCにおいて、3つの様式を入力し、かつ印刷ができる入力フォームを作成した。

(2) システム試作版への評価

全国の都道府県・政令指定都市にアンケート調査を行い、36自治体(58.1%)から回答があった。うち19自治体からは、試用できなかった、との回答であった。

書式については、17自治体が使え勝手を回答した。事前調査書は操作しやすい6、提案あり9、この書式は試用せず2であった。措置入院に関する診断書では、操作しやすい9、提案あり7、この書式は試用せず1であった。措置症状消退届では操作しやすい8、提案あり7、この書式は試用せず2であった。

事前調査書の書式あるいは記載事項については、それぞれ独自の様式が用いられているために調査を行ったが、書式については、「統一は必要」15、「統一は不要」15、「その他」6であった。記載事項については、「統一は必要」15、「統一は不要」14、「その他」7であった。

措置入院に関する診断書の作成状況につい

ては、実際の作成者は、臨時に措置診察に従事する指定医がほとんどである。診断書を電子化する場合には具体的な作成状況を把握する必要があり、警察官通報の場合の提出時期について、調査を行った。

指定医が、措置入院に関する診断書を提出する時期について、診察当日は「ほぼ100%」14、「75%以上」3、「50%以上」4、「49%以下」13、「その他」2であった。1週間以内は、「ほぼ100%」26、「75%以上」5、「50%以上」4、「49%以下」1であった。

診断書の入力システムを、指定医自身に入力してもらうことについては、「システムが改善されたら十分可能」7、「システムが改善されても不可能」17、「その他」12であった。

措置症状消退届のPC作成割合は、「ほぼ100%」1、「75%以上」3、「50%以上」2、「49%以下」27、「その他」3であった。セキュリティ対策が十分に取られることを前提に、措置症状消退届の電子データ提出を医療機関に求めることを尋ねたところ、「可能」6、「不可能」11、「その他」19であった。

定期病状報告書入力システム開発の必要性について、「必要」10、「不要」10、「その他」16であった。

措置入院制度全般について、措置入院制度

の制度運用と地域の事情を考慮することについて尋ねたところ、「全国同一の基準で対応すべき」12、「地域の事情にあわせて対応すべき」15、「その他」9であった。

なお、具体的な提案の詳細は、2008年度分担研究報告書に示した。

2 精神保健福祉資料をもとにした警察官通報の運用実態の分析

(1) 警察官通報に基づく通報数、診察数、措置入院数の年次推移

全国の'99年度の通報数、診察数、措置入院数(括弧内は人口100万対件数)はそれぞれ5,176件(40.9)、3,412件(26.9)、2,545件(20.1)であり、5年後の'04年度にはそれぞれ10,391件(81.4)、5,839件(45.7)、4,154件(32.5)に増加していた。通報数、診察数、措置入院数は、いずれも'99年度と'00年度の間で増加していた。

ただ、人口100万対では、通報数、診察数、措置入院数のいずれも'99年度から'00年度の増加が大きかったが、通報数では'03年度から'04年度の間、措置入院数では'01年度から'02年度が、次いで増加していた。

通報数に対する診察数は低下傾向にあり'99年度と'04年度はそれぞれ65.9%、56.2%であった。通報数に対する措置入院数も低下傾向にあり'99年度と'04年度はそれぞれ49.2%、40.0%であった。一方、診察数に対する措置入院数はおおむね横ばいで、'99年度と'04年度はそれぞれ74.6%、71.1%であった。

地域別にみると、'99年度の人口100万人あたりの通報数は、関東地方では通報、診察、措置入院のいずれも高かった。中国、四国、九州は全国平均に近く、近畿、沖縄はやや低めで、北海道、東北、中部は、全国平均の約半分程度であった。'04年度では、全国的に件数は増加はしており、関東で多いことには変わりはないが、中部、近畿、沖縄地方が全国平均に

近くなるなどの変化が認められた。

(2) 警察官通報に基づく各年6月1ヶ月間の措置入院者状況

全国の6月1ヶ月間の措置入院件数は、'02年404件、'03年386件、'04年(東京都は含まない)310件であった。地域別では各地域に共通した傾向は認められなかった。

措置入院後のおおむね1年以内にあたる翌年6月1日までに症状消退届の出された割合は'02年84.9%、'03年92.5%、'04年90.6%であり、1年以内にはほとんどが措置解除されていた。地域別では九州・沖縄地方で'02年50.7%から'04年93.5%と増加していた、ほかはほとんどが80%以上であった。

症状消退届の出された直後の転帰は、'02年は入院継続62.4%、通院医療22.2%、'03年は入院継続58.5%、通院医療24.4%、'04年は入院継続69.4%、通院医療22.4%であった。地域別別では中国・四国地方で通院医療の割合が高かった。

(3) 運用実態聞き取り調査

ヒアリングの結果、概ね次の項目が明らかとなった。

まず、警察官通報増加の要因については、従前であれば直接病院に搬送していたような事例さえ警察官が「発見」し通報するようになり、時には酩酊者もその枠組みに入ってきて、しかも夜間には警察では保護を継続しなくなったこと、その割に措置入院件数自体は変化がないこと、などが明らかとなった。

保健所現場では、通報件数の増加に対応が困難となりつつあり、診察に協力する指定医が少ないことや病床確保の困難さも、そのことに影響していた。

こうしたことに加えて、本来なら医療観察法で処遇されるべき者が、罪状が傷害にとどまるため措置入院で処遇されるべきと判断されたり、拘置所での自殺予防のために精神障害が疑われる者が積極的に通報されることも

認められ、こうしたことが複合的に影響して、件数の増加に至っているとの見解が示された。

D. 考察

1 モニタリングシステムの構築

(1) システム試作版の作成

研究目的でも述べたように、このモニタリングシステムは、どのような患者がどの程度、措置通報がなされ、診察を受け、措置入院した後、どのように解除されているかという運用の動向を把握することで、措置入院制度の患者への適正な運用を図ることを目的とした。

現状では、措置入院制度の動向をモニタリングしようにも、関係する一連の手続きは、ほとんど紙ベースの書類で管理されており、詳細な運用実態の把握は容易ではない。ひとたび全体の動向を把握しようとしても、事前調査票、措置入院の診断書、定期病状報告書、消退届を収集し、集計のために電子化する手順が必要不可欠である。また、事前調査票については、各都道府県・政令指定都市ごとに、様式も統一されておらず、まちまちで、従って調査項目も一様ではない。このことを踏まえ、この研究班では、適正な事前調査のありかたについて検討を重ね、様式についても提案した。

今年度の作業では、その第一歩として、電子化のための入力フォームを作成した。これは、現時点では、診断書等が簡便な方法で電子化できることで集計を容易とする下地となるにすぎないが、この手順は将来、集計を行う時点で、必ず、効果を発揮することが期待される。また、少なくとも氏名や住所等は行政担当者が代理入力することも可能となり、指定医の業務を軽減する効果も期待される。

今回は、定期病状報告書について、電子化の手順を行わなかったが、今後は、このことも検討する必要がある。

その上で、最終的には、全都道府県・政令

指定都市の措置入院制度の実務に普及させ、普及した上で、改めて医療観察法施行後の措置入院制度の実態調査を行い、現在の精神保健福祉資料（630調査）によって判明しなかった措置入院制度のより詳細な実態を明らかにしていく必要がある。

(2) システム試作版への評価

現状では、措置入院制度の動向をモニタリングしようにも、関係する一連の手続きは、ほとんど紙の診断書等によってのみ管理されており、具体的な内容の把握は容易ではない。措置入院制度のモニタリングシステムを構築することで、どのような患者がどの程度、措置通報がなされ、診察を受け、措置入院した後、どのように解除されているかという運用の動向を把握し、制度の適正な運用を図ることを目的としている。そこで、試作したシステムが、実際にどの程度、活用しうるか検討し、改善に資するため、今回、都道府県・政令指定都市を対象としてアンケート調査を行った。

回答から、約半数の自治体で試用できず、セキュリティ対策、またPC専門家のバックアップ体制、さらに現実に活用されているソフト等のインフラは幅広く、開発にあたって留意すべきであることが明らかとなった。

書式については、技術的提案や、個人情報の管理や入力方法の問題が指摘された。さらに自治体職員に地域差を問題にする認識が共有されていないことも明らかとなった。

措置入院に関する診断書の提出時期については、約半数が当日、それ以外が約半数であった。措置診断書は当日に提出された上で、その診断書を知事等が判断して、措置決定がなされることが原則である。もちろん、後日の提出が行われることには、病状の点で

まず医療を開始するという点でもあり、また現場の忙しさや、指定医への診察依頼の困難さ等の地域の実情から、こうした対応にも一理あるが、行政が指定医に遠慮している

部分も大きく、患者の人権確保という視点からも、当日に提出を受けることが望ましいと考えられた。ただ、当日中に診断書の提出100%の自治体では、診察場所にPCを持ち込むことができないという現実的な制約のためか、PC入力には否定的な見解が大きかった。もちろん、現在でも措置症状消退届は、一定程度、PCで作成されており、また電子カルテも徐々に普及していることから、将来的には対応が期待できるものと思われた。

全体的には、種々の指摘があり、今後の対応を要するものと思われた。

2 精神保健福祉資料をもとにした警察官通報の運用実態の分析

(1) 警察官通報に基づく通報数、診察数、措置入院数の年次推移

1999年の精神保健福祉法改正で医療保護入院・措置入院等のための移送の規定が設けられ、措置入院のための移送は都道府県知事の責務として行われることが明確にされた。つまり1999年から2004年までの変化は、この改正後の警察官通報運用実態の変化を示すものである。

警察官通報は過去20年間で緩やかな増加傾向にあったが、99年と00年の間のような大きな増加はなく、改正法の施行時に起こった警察官通報の変化による影響が考えられる。なお、通報件数の増加は03年度から04年度の間にも起こっているが、この背景については特に増加の多かった都道府県等を対象に聞き取り調査を行うこと等によって究明する必要がある。

警察官通報の運用は、この数年で全国的に増加しているものの、地域ごとに大きく異なっていた。人口100万対の通報数、診察数、措置入院数は地区間に倍以上の開きがあり、通報の対する診察、措置入院、あるいは診察に対する措置入院の割合とも、大きく異なっ

いた。この差は、事例の発生頻度だけでなく、地域の精神保健福祉行政、精神保健医療サービスの提供体制等がそれぞれの都道府県等にそれぞれ特徴のあるトリアージシステムを発展させ、その結果がこれらの数字に表れている可能性を反映しているものと思われた。もちろん、各都道府県等がそれぞれ全国値に近づく必要はないが、各都道府県のトリアージシステムが健全に機能しているかどうか評価していく必要があるものと思われた。特に最近では精神科救急体制や通報対応の集約を行う都道府県等も出てきており、これらのシステムがどのような効果を生み出していくかのモニタリングが必要と考えられた。

(2) 警察官通報に基づく各年6月1ヶ月間の措置入院者状況

02年から04年の各6月に措置入院した事例が、1年後までに症状消退届が提出されたのは、全国では02年84.9%、03年92.5%、04年90.6%で、九州沖縄の02年で50.7%などがあるものの、90%以上は1年以内に措置解除されていた。つまり警察官通報の運用実態について、1年以内に症状消退届の出された割合という指標ではモニタリングには全く不十分であることが明かとなった。このため例えば月単位の動向を把握できるようにすることが望ましいと考えられた。

このような点からも、また「改革ビジョン」をもとに「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進めていくためにも、措置入院制度の運用実態をモニタリングする仕組みを国と都道府県等の間に整備してことは必要不可欠であることが明らかとなった。

(3) 運用実態聞き取り調査

警察官通報の運用実態について3県に聞き取りを行い、件数の増加要因とシステム上の問題について、質的な情報の把握をおこなった。訪問した3県は、いずれも通報件数の増

加に対応するための困難に直面しており、当該県だけでは解決できない課題もかかえているように思われた。また、本来は別の制度である措置診察と医療保護入院あるいは医療観察法処遇が連携的に運用されている実態もあらわることが示された。

E. 結論

措置入院制度の文書管理システムを作成し、その利用可能性についてアンケート調査を行った。

回答のあった自治体の約半数から、改善についての意見が寄せられた。

システム構築を期待する意見が多かったが、書式統一やシステム化、モニタリングには実現への問題点も指摘された。これらの指摘を生かして、今後のモニタリング体制を構築していくことが望まれる。

また、地域における危機介入の重要な手段ともなっている第24条（警察官通報）の運用実態を分析し、全国および地域別の推移と特徴、さらにその背景にある要因や現場での問題点を明らかにした。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について — 措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討 —, 臨床精神医学36 (9): 1067-1074, 2007

瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断の因子の組み合わせによる影響について — 措置入院に関する診断書の決定木分析による検討 —, 臨床精神医学 (印刷中)

吉住 昭, 瀬戸秀文, 藤林武史: 措置入院に際

する精神保健指定医判断の標準化, 日精協誌28 (2): 20-26, 2009

瀬戸秀文, 藤林武史, 吉住 昭: 精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について, 日精協誌日精協誌28 (2): 27-32, 2009

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

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19年度～平成20年度 分担研究

措置入院制度の運用実態に関する研究

分担研究者：吉住 昭 独立行政法人国立病院機構花巻病院

2. 精神保健福祉法第24条の運用について

研究協力者：

竹島 正（国立精神・神経センター精神保健研究所） 河野 稔明（国立精神・神経センター精神保健研究所）
立森 久照（国立精神・神経センター精神保健研究所） 瀬戸 秀文（長崎県立精神医療センター）

研究要旨

【目的】精神保健福祉法24条（以下、法24条という）などの運用実態について、いくつかの都道府県に聞き取りを行い、通報件数増加の背景要因と、措置入院制度運用の問題点の把握を行うことを目的とした。

【方法】平成11年度に対する平成17年度の通報件数の増加率が全国平均より高かったA県、B県、C県の3県を対象に、通報件数増加の背景要因と、措置入院制度運用の問題点について聞き取り調査を行った。

【結果および考察】A県ではシステム上の問題として2点、B県では法24条のプロセスの問題として4点、システム上の問題として3点、C県では、心神喪失者等医療観察法に関することも含めて、システム上の問題として4点が挙げられた。このように、訪問した3県ではいずれも通報件数の増加に対応するための困難に直面していた。法24条などによる通報件数の増加を踏まえて、通報件数増加の実態をさらに分析するとともに、入院処遇となった患者の権利擁護、退院促進と地域移行の取組の実態と、今後の課題を明らかにしていく研究を実施する必要があると思われる。また「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、地域における相談体制の充実について十分な議論がなされ、具体的な提言がなされることが期待された。

【結論】法24条の運用実態について3県で聞き取りをおこなった。通報件数増加の実態をさらに分析するとともに、地域における相談体制の早期の充実が期待された。

A. 研究目的

厚生労働省においては、平成16（2004）年9月に厚生労働大臣を本部長とする精神保健福祉対策本部報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下、「改革ビジョン」という）を公表し、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的な方策を推し進め、立ち後れた精神保健医療福祉体系の再編と基盤強化を今

後10年で進めることとした。

「改革ビジョン」は、施策の基本的方向の中に「入院形態ごとの入院期間の短縮と適切な処遇の確保」を挙げ、「措置入院や医療保護入院で入院した患者については、行動制限が病状等に応じて必要最小限の範囲内で適正に行われていることを確認しつつ、早期に退院や任意入院の形態への移行を促すような仕組みを検討する」としている。

平成19年度の研究においては、平成12(2000)年度から平成18(2006)年度の精神保健福祉資料に掲載されたデータ、すなわち、平成11年度から平成17年度の各都道府県の数値データを用いて、精神保健福祉法第24条(警察官通報)(以下、法24条)というなどの運用実態について、全国および地域別の推移と特徴を明らかにした。

本研究は、法24条などの運用実態について、いくつかの都道府県に聞き取りを行い、通報件数増加の背景要因と、措置入院制度運用の問題点の把握を行うことを目的とした。

B. 方法

平成12(2000)年度から平成18(2006)年度の精神保健福祉資料に掲載されたデータ、すなわち、平成11年度から平成17年度の各都道府県の通報件数の一覧表を作成し、通報件数の増加状況を観察した(表1)。その結果、多くの都道府県で平成11年度から平成12年度の間には通報件数が大きく増加していたが、その後は、横ばいまたはさらに増加するなど、ばらつきがあることがわかった。表1に示したように、平成11年度に対する平成17年度の通報件数は全国で1.99倍に増加していた。本研究においては、平成11年度に対する平成17年度の通報件数の増加率が全国平均より高く、かつ聞き取りに同意の得られたA県、B県、C県の3県を対象に、通報件数増加の背景要因と、措置入院制度運用の問題点について聞き取り調査を行った。

聞き取りに当たっては、文書による依頼を行った上で、A県については精神保健福祉センター長に、B県およびC県については、精神保健福祉主管課、精神保健福祉センターの両者同席のもとで実施した。ヒアリングに要した時間は、A県の場合は30分くらい、B県およびC県については1~2時間であった。

聞き取りの結果は、法24条のプロセスの問

題と、システム上の問題に分けて整理し、それをもとに若干の考察を行った。

C 結果

1. A 県

A県では、システム上の問題として2点が述べられた。

- 警察官通報の増加要因としては、自傷他害のおそれのある者を、警察官が文字通り“発見”した場合にも通報するようになったことが挙げられる。
- 通報件数の増加にともなって、保健所では通報対応の業務が増加して、他の業務とのバランスに問題が生じていると思われる。

2. B 県

B県では、法24条のプロセスの問題として4点、システム上の問題として3点が挙げられた。

1) 法24条のプロセスの問題

- 近年ではパーソナリティ障害や近縁の事例に苦慮している。地域住民は不安を感じているが、法24条の対象にも、精神科医療の対象にもなりにくいいため、警察も介入が困難で苦慮している。
- 警察は、警察官職務執行法に基づきすみやかに通報する方針を徹底してきた。このため酩酊者でも精神錯乱と判断した場合は通報となる場合がある。
- 措置診察前の移送は、保健所などの行政職員によって実施するようになってきているが、実態としては、警察官の協力を得て、または家族の協力を得て、措置診察の実施場所へ移送することが多い。
- 警察が対象者を精神科病院に搬送して、そこに保健所職員が駆けつけて事前調査を実施するような設定になることが

しばしばある。保健所職員が駆けつけた時点で、精神科病院ではすでに治療を開始している場合、医療保護入院の扱いとして、措置診察を行わない場合がある。B県としては、医療保護入院と措置入院は独立に考えるのが原則であり、それぞれの要件に従って適用すべきと考えている。

2) システム上の問題

- 措置診察が必要な場合でも、指定医が確保しがたいことがしばしばである。特に緊急措置入院では、緊急措置入院の72時間以内に2名の指定医を確保するのに苦勞している。
- 人口万対病床数が全国に比べて少ないため、人口規模に比べて指定医数も比較的少ない。法24条による通報件数が増加してから、措置診察における指定医の確保に困難を来すようになっていく。
- 厚生労働省の「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」において、精神科診療所に勤務する指定医に、措置診察に協力するよう義務化の方針が決定しなかったのは残念である。

3. C県

C県では、心神喪失者等医療観察法に関することも含めて、システム上の問題として4点が挙げられた。

- 緊急措置入院制度にともなう指定医の確保に苦勞している。保健所から指定医に協力を依頼しているが、指定医の診察による緊急措置入院の72時間以内に、さらに指定医2名を手配するのはなかなか難しい。このため、はじめから指定医2名によって通常の措置診察を行うように努めている。
- かつては警察官が対象者を保護しても、

家族がいる場合には法24条による通報はせず、警察が直接病院に搬送することが多く、このようなケースは医療保護入院になっていた。近年はこのようなケースも通報となり、多くは措置診察が実施されている。

- かつては、警察は、警察官職務執行法に基づいて精神錯乱者を夜間に保護した場合も、翌朝まで保護を継続した上で法24条による通報をおこなうことが多かった。平成11年の精神保健福祉法改正で移送制度が新設されてからは、警察は夜間の保護継続を行わない方針になってきた。このことも法24条による通報数の増加と関係しているのではないかと。
- 検察官通報も増加している。本来なら心神喪失者等医療観察法で処遇されるべき者が、罪状が軽度の傷害にとどまるという理由で、措置入院で処遇されるべきと判断されたり、拘留所での自殺などの事故防止のために通報される事例があるように思われる。

D. 考察

法24条の運用実態について、3県で聞き取りを行い、通報件数増加の背景要因と、措置入院制度運用の問題点の把握をおこなった。訪問した3県は、いずれも通報件数の増加に対応するための困難に直面していた。この困難は、法24条または措置入院制度を取り囲む状況とも密接に関係しており、当該県だけの努力では解決しがたいように思われた。B県の聞き取りで報告されたような、措置入院制度と医療保護入院が連携的に運用されている実態も、通報を受けた場合の保健所の体制、措置診察を行う指定医の確保の困難、明らかに医療を必要とする対象にできるだけ早く医療を提供すべきという現場の立場が重なる中で

起こっている現象ととらえるべきであろう。

法24条、法26条による通報件数の増加を踏まえて、通報件数増加の実態をさらに分析するとともに、入院処遇となった患者の権利擁護、退院促進と地域移行の取組の実態と、今後の課題を明らかにしていく研究を実施する必要があると思われた。また「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」においては「改革ビジョン」第一期（前半5年間）の評価を行うとともに、第二期（後半5年間）における施策群を検討しているが、この中で地域における相談体制の充実について十分な議論がなされ、具体的な提言がなされることが期待された。

E. 結論

法24条の運用実態などについて3県で聞き取りを行い、通報件数増加の背景要因と、措置入院制度運用の問題点の把握をおこなった。訪問した3県は、いずれも通報件数の増加に対応するための困難に直面していた。通報件数増加の実態をさらに分析するとともに、地域における相談体制の早期の充実が期待された。

都道府県番号	都道府県名	'99	'00	'01	'02	'03	'04	'05	平均	標準偏差	05/99	05/03	05/04	04/03
1	北海道	117	160	186	178	192	280	310	203.3	67.9	2.65	1.61	1.11	1.46
2	青森	21	21	27	33	38	40	51	33.0	11.0	2.43	1.34	1.28	1.05
3	岩手	30	49	62	43	37	73	65	51.3	15.8	2.17	1.76	0.89	1.97
4	宮城	61	112	113	99	76	120	99	97.1	21.4	1.62	1.30	0.83	1.58
5	秋田	24	30	17	11	19	23	42	23.7	10.0	1.75	2.21	1.83	1.21
6	山形	17	15	16	49	46	71	63	39.6	23.6	3.71	1.37	0.89	1.54
7	福島	48	62	67	82	65	97	106	75.3	20.6	2.21	1.63	1.09	1.49
8	茨城	137	221	256	278	282	252	216	234.6	49.9	1.58	0.77	0.86	0.89
9	栃木	205	338	241	266	279	334	267	275.7	47.7	1.30	0.96	0.80	1.20
10	群馬	27	67	133	114	164	189	156	121.4	57.2	5.78	0.95	0.83	1.15
11	埼玉	187	293	305	342	298	393	361	311.3	65.9	1.93	1.21	0.92	1.32
12	千葉	168	306	188	232	270	361	742	323.9	196.1	4.42	2.75	2.06	1.34
13	東京	1598	2178	2175	2347	2363	2281	2162	2157.7	260.5	1.35	0.91	0.95	0.97
14	神奈川	460	693	586	911	843	889	820	743.1	169.7	1.78	0.97	0.92	1.05
15	新潟	40	95	108	87	72	105	91	85.4	23.3	2.28	1.26	0.87	1.46
16	富山	6	20	21	17	27	78	95	37.7	34.3	15.83	3.52	1.22	2.89
17	石川	8	14	16	21	21	33	29	20.3	8.6	3.63	1.38	0.88	1.57
18	福井	11	4	25	39	26	45	51	28.7	17.4	4.64	1.96	1.13	1.73
19	山梨	32	37	47	47	53	47	55	45.4	8.2	1.72	1.04	1.17	0.89
20	長野	55	74	71	79	98	132	147	93.7	34.0	2.67	1.50	1.11	1.35
21	岐阜	50	8	18	23	89	231	112	75.9	78.5	2.24	1.26	0.48	2.60
22	静岡	96	145	206	223	267	395	333	237.9	103.7	3.47	1.25	0.84	1.48
23	愛知	136	341	353	281	299	392	329	304.4	82.6	2.42	1.10	0.84	1.31
24	三重	34	61	80	75	86	105	126	81.0	29.6	3.71	1.47	1.20	1.22
25	滋賀	67	75	85	70	81	96	112	83.7	15.8	1.67	1.38	1.17	1.19
26	京都	42	79	109	100	128	132	122	101.7	32.0	2.90	0.95	0.92	1.03
27	大阪	326	447	458	499	552	540	554	482.3	81.5	1.70	1.00	1.03	0.98
28	兵庫	68	90	38	58	141	406	445	178.0	172.5	6.54	3.16	1.10	2.88
29	奈良	21	70	107	82	87	72	55	70.6	27.2	2.62	0.63	0.76	0.83
30	和歌山	121	151	170	148	144	194	128	150.9	24.8	1.06	0.89	0.66	1.35
31	鳥取	10	15	16	25	11	24	26	18.1	6.8	2.60	2.36	1.08	2.18
32	島根	28	50	33	39	51	65	61	46.7	13.9	2.18	1.20	0.94	1.27
33	岡山	43	54	78	61	71	161	170	91.1	52.1	3.95	2.39	1.06	2.27
34	広島	112	161	206	220	275	306	295	225.0	72.1	2.63	1.07	0.96	1.11
35	山口	100	111	96	118	119	97	132	110.4	13.5	1.32	1.11	1.36	0.82
36	徳島	17	23	33	31	43	46	72	37.9	18.2	4.24	1.67	1.57	1.07
37	香川	54	93	94	65	86	84	80	79.4	14.8	1.48	0.93	0.95	0.98
38	愛媛	45	62	76	50	75	132	155	85.0	42.1	3.44	2.07	1.17	1.76
39	高知	33	49	54	32	29	40	54	41.6	10.7	1.64	1.86	1.35	1.38
40	福岡	228	313	305	408	336	395	417	343.1	68.3	1.83	1.24	1.06	1.18
41	佐賀	23	41	23	44	48	48	52	39.9	12.0	2.26	1.08	1.08	1.00
42	長崎	42	68	88	101	63	88	111	80.1	23.8	2.64	1.76	1.26	1.40
43	熊本	47	68	61	72	94	85	123	78.6	24.9	2.62	1.31	1.45	0.90
44	大分	36	41	50	45	51	61	55	48.4	8.5	1.53	1.08	0.90	1.20
45	宮崎	41	49	49	38	34	50	57	45.4	8.0	1.39	1.68	1.14	1.47
46	鹿児島	71	41	51	56	157	206	98	97.1	62.0	1.38	0.62	0.48	1.31
47	沖縄	33	64	102	85	94	97	99	82.0	25.1	3.00	1.05	1.02	1.03
	全国	5176	7559	7699	8324	8780	10391	10301	8318.6	1792.3	1.99	1.17	0.99	1.18
	平均	110.1	160.8	163.8	177.1	186.8	221.1	219.2			2.8	1.4	1.1	1.4
	標準偏差	238.7	329.2	323.2	360.3	358.2	350.1	339.2			2.3	0.6	0.3	0.5
	25パーセンタイル	29.0	41.0	42.5	43.5	49.5	68.0	62.0			1.7	1.0	0.9	1.1
	中央値	45.0	68.0	80.0	75.0	86.0	105.0	112.0			2.3	1.3	1.0	1.3
	75パーセンタイル	106.0	148.0	178.0	163.0	178.0	266.0	241.5			3.2	1.7	1.2	1.5
	ル													
	四分位範囲	77.0	107.0	135.5	119.5	128.5	198.0	179.5			1.5	0.6	0.3	0.4

研究成果の刊行に関する一覧

別紙 4

研究成果の刊行に関する一覧表（総合研究報告書用）

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
野田 隆政 岡本 長久	治療抵抗性うつ病への対応、電気けいれん療法	野村総一郎 樋口 輝彦	エビデンスに基づく難治性うつ病の治療	新興医学出版社	東京	2006	
川副 泰成	医療観察法：地域処遇	精神保健福祉白書編集委員会	精神保健福祉白書 2009年版	中央法規出版	東京	2008	25
三澤 孝夫	司法精神保健福祉対策	精神保健福祉士養成セミナー編集委員会	精神保健福祉士養成セミナー第2巻	へるす出版	東京	2008	151-164
三澤 孝夫	退院支援・社会復帰援助と関係機関の連携	「実践精神科看護テキスト」編集委員会	精神科看護テキスト No.17 司法精神看護	精神看護出版	東京	2008	96-108

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
瀬戸 秀文 藤林 武史 吉住 昭	精神保健指定医の措置入院要否判断に影響する因子について-措置入院に関する診断書のロジスティック回帰分析による検討	臨床精神医学	36 (9)	1067-1074	2007
安藤久美子、猪俣 健一 鳥田亜紀子、水野由紀子 澤 恭弘、朝波 千尋 野田 隆政、樽谷 敏広 平林 直次、岡田 幸久	自らの加害行為による PTSD 類似症状-医療観察法の実施被害例の検討から-	臨床精神医学	36 (9)	1181-1189	2007
岩成 秀夫	指定通院医療機関の現状と課題	精神保健研究	53	33-40	2007
岩成 秀夫	医療観察法と地域処遇	月刊精神科	10	205-210	2007
岩成 秀夫	公的病院からみた通院医療	司法精神医学	3	113-120	2008
平田 豊明、椎名 明大 五十嵐禎人、上野 勝彦 川畑 俊貴、宋住 由樹 瀬戸 秀文、服部 功 林 偉明、平林 直次 松坂あづさ、中島 豊爾	医療観察法鑑定入院の実態-平成 18 年度厚生労働科学研究から	司法精神医学	3 (1)	133	2008
平田 豊明	医療観察法への社会的要請と運用上の問題点	精神神経学雑誌	110 (1)	43-48	2008
佐藤三四郎	医療観察法と精神保健福祉士	精神保健福祉士	39 (2)	95-99	2008
尾上 孝文	医療観察法の地域処遇の現況と課題を考える広域な地域性新保険福祉行政を担う立場からみて	精神保健福祉	39 (2)	124-127	2008
四方田 清 佐藤三四郎	精神保健参与員の担う役割と今後の課題について	精神保健福祉	39 (2)	101-110	2008
三澤 孝夫	医療観察法における審判制度離の実際-社会復帰要因と精神保健参与員のかかわりを中心に	日本司法精神医学	3	121-125	2008