

表28 医療観察法と精神保健福祉法26条の運用に対する意見

<p>・(医療観察法関係)医療観察法に基づく触法精神障害者が26条通報の対象者より病状が重いとは限らず、支援の優先性について検討が必要と考える。</p> <p>・(医療観察法関係)通報書のみ連絡では、地域における支援態勢の構築に時間がかかることから、保護観察所との連携や必要な共有が不可欠と考える。</p>
<p>・(第26条通報)刑務所によっては、通報により保健所等による調査が行われる可能性があることを本人や家族に伝えない方針のところもある。法のスムーズな運用のためにも柔軟な対応を求めたい。</p>
<p>・(第26条通報)第26条の通報要件そのものに疑問を感じる。『H18.5.23 法務省矯正第3373号 被収容者の釈放に関する訓令の運用について(依命通達)』において、軽症者の取り扱いについて記載があるが、この規定による「簡易通報」として医務官により措置診察は不要と判断されている者が、帰住地への連絡的意味合いで26条通報となることが非常に多く、調査時に帰住先の選定が未確認のもの、家族の連絡先が不明のもの、通報事実を告げられないために親族が調査に応じないなどがあり、調査に苦慮することが多い。通報事案の中には、過去に精神科治療歴があるのみで現在精神症状もなく治療もしていない場合、不眠や不安の訴えのみで精神保健福祉行政的関与の必要性のないケースが含まれており、この規定の存在意味が理解できない。このような形で、精神保健福祉行政担当部署に、出所者の情報を流す意味について、再考すべきである。</p> <p>・(第26条通報)少年鑑別所について、知的障害や発達障害で、鑑別所の医師が精神科の治療の必要性を認めていないにもかかわらず通報してくる。また、「あらかじめ」は手続き上できないとして、診察が必要と判断した、ごくまれな事例の場合のみ事前に電話で通報し、それ以外(通報のほとんど)は退所当日付け(時に日付も含め退所後)通報書が後日郵送されてくるのが常態化している。当然、通報受理は通報書を受け取った日となり、これだけでも、法(取扱い)の趣旨からすれば通報要件に疑義を持たざるを得ない。第5条の精神障害者の定義とも関係してくるものであり、第5条の見直しも必要であると思われる。特に「知的障害者」は「精神科医療を必要とする知的障害者」とすべきではないか。</p> <p>・(第26条通報)上級庁の指示で、法第5条の「精神障害者」に該当するとして、形式的と認識しつつ通報してくる。しかしながら、通報は、措置入院の要否を判断する診察を実施するという行政権限を発動する基となるものであり、このような事例に関する通報の本来の必要性、意味に疑問がある。他の通報・届出と同じく「自傷他害のおそれ」を通報要件に加えるべきである(25条の2も同様。両条文とも、通報制度と措置診察・措置入院制度と連動しており、条文そのものが障害者差別に該当するという批判、あるいは個人情報保護の観点から問題視する向きもある)。また、いずれも事前に精神科医による診察が可能で、実際におこなっていることから、より厳密に規定、運用すべきではないかと考える。具体的には、精神科医の診察の結果、入院治療を要する精神障害の状態にあることが認められ、なおかつ適度な入院治療への導入がなされない場合においては自傷他害に至る恐れが認められる場合に限定すべきである。</p>
<p>・(第26条通報)通報書に罪名や矯正施設入所の経緯の記載がないものがほとんどである。他害行為があった記載については施設に問い合わせを行うが、医療観察法に該当するものはなかった。</p> <p>・(第26条通報)通報書に覚醒剤による精神障害が多い。退所後医療に確実につながるかどうかが、再犯防止の対応について心配である。</p> <p>・(その他)知的障害・発達障害のケースが増えている。矯正施設後の生活についてフォローするシステムがあると良い。</p> <p>・(第26条通報)第26条通報による措置診察を行う場合、触法患者ということなど病院側が受け入れを渋る場合が少なくない。矯正施設からの情報収集がしにくく、家族の協力が得られないことが多々あるなど、診察実施まで困難が多い。</p>
<p>・(第26条通報)第26条通報の要件が不明。高血圧の治療だけで通報してきた事例もあり、刑務所での診断、治療体制(処方内容)に疑問を持つ。統合失調症という診断で通報があっても、実際には知的障害だった事例が散見される。</p> <p>・(その他)知的障害など医療観察法の対象にならない者は、満期釈放後の支援が無く、再び事件を起こす可能性が高い。医療観察法対象外の触法精神障害者への支援体制を整備する必要があると思う。</p>
<p>・(第26条通報)通報書送付のみで、連絡すればわかる範囲の情報は提供してもらえが、保護者への連絡、説明の実施はない。本人が予定通り、帰住地に帰らない場合もあり、調査も実施できないケースもある。</p>
<p>・(第26条通報)自傷他害の恐れがない事例がほとんどである。同様の犯罪を繰り返さないための回復プログラムや施設の充実を図ることが必要である。</p> <p>・(第26条通報)通報書の内容以上のことを聞こうとすると、「個人情報だから教えられない」とする刑務所がある。聞き取りは精神保健福祉法に基づく事前調査であり、法務サイドからも調査へ協力を周知すべきである。</p>

表28 医療観察法と精神保健福祉法26条の運用に対する意見

- ・(第26条通報)地域定着支援センターとの連携について検討していきたい。
- ・(第26条通報)本人が矯正施設を退所してから通報される場合がある。矯正施設に対し、26条通報の主旨の理解を求めたい。
- ・(第26条通報)精神科治療を受けているだけで通報の対象としているが、不眠症などは通報の対象ではないと考える。
- ・(第26条通報)「決まりである」との理由から知的障害者等を通報する事例が多い。
- ・(第26条通報)薬物依存が多く、てんかんや知的障害もある。中には「不眠症」というものもあり、26条の運用に疑問を感じる。矯正施設職員に対して研修などを行い通報必要なケースの精査をしてもらいたいと思
- ・(その他)矯正施設内での精神科治療が必要であると思われる。
- ・(第25条通報)面接日時・面接場所等の設定が困難な場合がある。知的障害の場合、精神科治療につながらない事例も多く、通報を受けての対応が困難な場合がある。
- ・(第26条通報)(医療観察法関係)医療観察法施行後は重大な他害行為を犯した者は、26条通報されなくなったが、窃盗や覚醒剤犯罪を犯した者があがってくる。これらは出所後の支援が必要とされる人達であり、今後の地域生活定着支援センター等での支援と26条通報を整理した方が良いのではないか。
- ・(第26条通報)矯正施設退所後に、パーソナリティ障害のため再犯の恐れがあるとの理由で第26条通報となった事例があった。触法精神障害者の人権や第26条通報の適用について矯正施設と検討する必要があると思われる。
- ・(第26条通報)矯正施設の入退所を数回繰り返す事例については、以前入所していた施設からの情報は得られず、現在入所している施設では以前の情報がわからず、情報収集に時間がかかったり、必要な情報が得られないなどの困難を感じている。
- ・(第26条通報)刑務所での服役中は精神科治療は行っていないにもかかわらず、釈放時には、自傷他害のおそれありとして第26条通報となる場合がある。精神障害者としての医療や保護の確保というより、再犯防止、社会防衛のために精神保健福祉法を利用するという意図がみられ、対応に苦慮する。
- ・(その他)措置入院は必要ないが、生活支援が必要な触法精神障害者の地域生活への移行、定着を支援するシステム作りが必要と考える。
- ・(医療観察法関係)第26条通報によって措置入院となった案件で、医療観察法施行後であれば医療観察法にのっているものや、受刑よりも医療観察法が妥当であるものが見受けられる。

表38 触法精神障害者に対する自治体の対応についての意見

- ・(その他)精神障害者地域移行支援特別対策事業、自立支援法に基づく相談支援事業などの既存事業や地域自立支援協議会などの既存体制を医療観察法による処遇中から活用し、関係機関と連携することが対象者の社会復帰を促進することにつながると考える。
 - ・(医療観察法関係)現状では、入院指定医療機関から通院指定医療機関、通院指定医療機関から一般精神医療機関へと医療側の情報や経験が蓄積されない。
 - ・(医療観察法関係)医療機関と居住地の支援機関、保護観察所間に物理的に距離があるため、日常的な連携が困難である。
 - ・(医療観察法関係)病状悪化時の対応について、指定医療機関で精神保健福祉法に基づく入院を実施している事例がある。入院指定医療機関での再入院も検討されているが、精神保健福祉法に基づく入院との使い分けが不明確である。
-
- ・(医療観察法関係)社会復帰調整官の絶対数が少なく、地域精神保健福祉との連携が十分図られていない。また、連携を図る上で必要となる地域処遇対象者の情報が不足している。
-
- ・(医療観察法関係)精神科診療所の指定医療機関の指定を促進するために、省令における設置基準等を検討する必要がある。
 - ・(その他)病状の部分は医療で改善も見込めるが、実際の生活場面で処遇をしていくことで、医療観察法の対象行為となった犯罪の認識が薄れていく点について、心理教育や生活訓練などの「更正」面でのかわりをもっと必要ではないか。
 - ・(医療観察法関係)保護観察所の長も指定通院医療機関の管理者も「もよりの保健所長」を経て知事に通報することになっているが、この「もよりの保健所長」は誰にとっての「もより」なのか、未だに国の説明がなされておらず、解釈等も示されていない。
 - ・(医療観察法関係)医療機関に通報を課すことは臨床的に好ましいこととは思われない。指定通院医療機関の医師は24条通報状況になくとも、あるいは23条申請がなされなくても、自らの責任が問われかねないとして、防衛的にならざるを得なくなる。
-
- ・(医療観察法関係)医療観察法、精神保健福祉法のどちらが適用されるかによって処遇の差がありすぎる。医療観察法の経験を生かして今後の対応方法の改善を行うべきである。法の違いにより支援の場や対応者が異なることは地域や対象者に混乱を招く。
-
- ・(医療観察法関係)医療観察法は病状に比して手厚いケア体制になっている。それに比べて地域精神保健福祉体制のマンパワーが手薄である。自立支援法の施設での受入れ体制をつくる必要がある。
-
- ・(医療観察法関係)本来、医療観察法の対象とならない者(刑事責任能力があると思われる方)で同法の適用を受けていると思われるケースがあるのではないかと。指定通院医療機関の負担が大きい(居住地がないとの理由で入院を受け入れているなど)。
-
- ・(医療観察法関係)県では判定医等の関係者や医療機関の推薦を実施するのみで、処遇状況は全く分からない。そのため医療施設の整備や、関係者の確保と言われても必要性が認識しにくい。
-
- ・(医療観察法関係)地域処遇において、指定通院施設への負担があまりに大きく、理想とした地域処遇は施設処遇に傾いてしまっている。
-
- ・(医療観察法関係)保護観察所がリーダーシップをとり、関係機関との連携を円滑にすすめてほしい。
-
- ・(医療観察法関係)医療観察法の地域処遇では治療をきちんと受けることを目的とすることが多いが、地域精神保健福祉では、治療継続に加え、生活全般の支援をも目的とする。それぞれの法の主旨が違うため、時に優先すべきことについての考え方が違うこともあるが、うまく連携して対応していくことは必要である。医療観察法第101条に基づき、指定入院医療機関入院中から、退院後の生活環境の調整を連携して行うことは、地域処遇を受け入れる関係機関にとっても安心でき、対象者の理解を深めていくことにつながる。また、早期に家族との調整を行うことで、その後の家族支援にもつながり、家族も安心して対象者を支援していくことができる。
-
- ・(医療観察法関係)地域処遇について、保護観察所が実施するケア会議に保健所は参加しているが、個人情報のあることもあり、県庁では個々のケースの情報を把握していない。
-
- ・(医療観察法関係)個人情報守秘のため、法務省保護観察所から対象者の情報が得にくい。また、厚生労働省からも医療観察法にかかる具体的な自治体の役割やノウハウの研修、説明もないので自治体で対応しにくい。

表38 触法精神障害者に対する自治体の対応についての意見

<p>・(医療観察法関係)医療観察法の対応件数が都道府県で随分差があるのは何故か。</p> <p>・(医療観察法関係)触法精神障害者で濃密なかかわりが必要な方のためにつくられたはずの法律であるが、きちんと対象となる方のところに手が届いているのか。今までの精神保健福祉法の対応で終わっていたり、医療観察法の対応が事件後随分たってから開始されて、かえって処遇上好ましくない事例もあるのではないか。</p>
<p>・(その他)地域精神保健福祉に関する地域資源の更なる整備が急務である。</p>
<p>・(医療観察法関係)連携を行うことでスムーズな地域支援体制ができることを実感しているが、地域生活を支えるマンパワーの確保や支援体制整備については、まだまだ不十分と考えられる。今後の課題である。医療観察法処遇終了後、スムーズに地域精神保健に移行できるよう、処遇中から連携、対象者へのかかわりが必要である。</p>
<p>・(医療観察法関係)医療観察法に基づく支援の終了後も、保護観察所には、継続して地域支援ネットワークの関係機関として協力していただきたい。</p>
<p>・(その他)大きな壁となるのは、地域社会の受け皿(受け入れ体制)であるが、なかなか進んでおらず、今後</p>
<p>・(医療観察法関係)医療観察法における通院治療中の処遇は、一般の地域精神保健福祉活動の処遇に比べ、特に手厚いため、通院処遇終了後の支援のあり方や終了に向けた支援を十分検討する必要がある。</p>
<p>・(医療観察法関係)医療観察法の入院処遇が地域(通院)処遇に切り替える際、関係者への情報の引き継ぎが不十分と思われ、改善のための努力を求めたい。また社会復帰調整官のマネジメントによるケア会議が形式的で、表面的な状況確認に終始する例も目立っている。社会復帰調整官個人の問題ではなく、研修体制等の見直しが必要なレベルの問題であると思われる。</p>
<p>・(医療観察法関係)もともと別地域で住んでいたにも関わらず、本人の希望というだけで当市で居住設定や保護者事務を行う事例が多く見受けられる。医療観察法ケースは丁寧な関わりを要するものが多いため、通常の相談業務に支障をきたしている。</p>
<p>・(医療観察法関係)医療観察法の対象となるかどうかの入り口部分があいまいと感ずることがある。</p>
<p>・(医療観察法関係)本年に地域処遇を終了する予定の対象者が数名おり、地域の支援ネットワークへのスムーズな移行を目指し、関係者の連携づくりをすすめている。地域の中で本人の"ケアマネージャー"役を誰が担うか、および関係者・機関の役割分担のコンセンサスを一致させていくことが重要と認識している。</p>
<p>・(医療観察法関係)指定入院中よりDrより治療内容、CPより心理テスト結果や心理介入状況と本人の思考特性、PSWから家族状況等の情報収集をするため、地域スタッフがCPA会議に参加している。ゆえにスタッフ全員が統一した見解・理解を得ることが容易であり、本人との信頼関係も築きやすい。地域処遇となっても治療関係、援助関係が保たれている。</p>
<p>・(医療観察法関係)医療観察法対応終了後、どこまで継続支援すべきであるのか不透明である。また、治療困難で同法対応終了となりそうなケースがあるが、その後の対応はどうか。</p>
<p>・(医療観察法関係)地域精神保健福祉活動の一環として本制度におけるケア会議に参加しているが、地域処遇対象者の増加にあわせたマンパワーの確保計が必要と思われる。</p>
<p>・(医療観察法関係)精神保健福祉センターの担当者として、該当者の定例会議に出席し、現場の相談員と保護観察所との連携調整をしているが、スムーズに思われる。処遇において気になる点として、(1)発生地とはいえ、本人が市外居住希望し、近位置の病院に退院処遇されているにもかかわらず、発生地の行政機関の出席が求められること、(2)治療反応性の観点から、本人の知的能力、性格の問題が中心になっていると思われるケースを、処遇終了するにも地域定着が目指せないため、ひきずって医療観察法扱いでいること、を疑問を思う。</p>
<p>・(医療観察法関係)調整官が連携のとりやすい地域コーディネーター(支援機関の中にいる)の位置付けが必要ではないか。</p>
<p>・(その他)凶悪事件を起こし、自己反省もなく、治療効果も上がらない人の場合、医療観察法が終了したあと、地域でみていくのは荷が重いのではないか。</p>
<p>・(医療観察法関係)医療観察法上の入院では、外泊や外出に制約が多く、十分に退院準備ができない場合がある。</p>

資 料

資料-1 医療観察法導入後における精神保健福祉法第25条に基づく
検察官通報の現状に関する研究

資料-2 医療観察法入院前に精神保健福祉法入院となった事例に
関する研究

資料-3 触法精神障害者に対する自治体の対応に関する研究

2009年(平成21年)度厚生労働科学特別研究事業
医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究

都道府県・政令指定都市版
調査票記載マニュアル

もくじ

協力のお願	1
問い合わせ先	2
調査方法	3
調査対象	4
調査票の作成	6
対象資料	7
とりまとめ表	8
締め切り	10
このような調査方法とした背景について	11
データ票への転記について	13
検察官通報書	14
事前調査書	18
措置入院に関する診断書	22
措置症状消退届	26

平成 21 年 11 月 2 日

都道府県・政令指定都市精神保健福祉主管課担当者様

平成 21 年度厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

「医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究」

主任研究者 吉住 昭

（国立病院機構花巻病院院長）

「精神保健福祉法第 25 条に基づく検察官通報に関する調査」

にかかる協力をお願い

日頃はたいへんお世話になっております。

平成 13 年度以降、私どもは厚生労働科学研究費補助金に基づく研究事業をもとに、都道府県における措置入院制度の運用実態を分析してまいりました。

この度、平成 17 年に施行された医療観察法の附則に規定された 5 年後の国会報告等に向けて、精神保健福祉法第 25 条による検察官通報の状況について、全国的な調査を実施することとなりました。この調査により、医療観察法施行前後で、触法精神障害者の他害行為後にかかる対応がどのように変化したかなどが明らかになるとともに、医療観察法 5 年後の国会報告等に関する重要な基礎データが収集できるものと考えております。

具体的な調査の進め方につきましては、同封の調査手順をご参考下さい。

調査の概要は以下の通りで、平成 13 年度に行ったものとほぼ同様の調査を、再度実施いたします。なお、本研究実施については、主任研究者施設において倫理委員会の承認を得ております。

- ・平成 20 年度に検察官通報がなされた全事例を調査対象とします。
- ・個々の事例の「措置通報書」、「事前調査票」、「措置診断書」、「措置消退届け」について、所定の調査票に転記の上、返送して下さい。
- ・送られてきた調査票は、班長施設で厳重に管理し、解析をいたします。また、解析終了後は速やかに処分いたします。
- ・都道府県・政令指定都市ごとの集計は行いません。

ご多忙の折、誠に申し訳ございませんが、11 月末までに返信用封筒にてご返送下さい。疑問の点は、下記宛メールにてご連絡下さい。

連絡先

〒 025-0033 岩手県花巻市諏訪 500

国立病院機構花巻病院精神科医局事務

担当者 押切 悦子

Tel. 0198-24-0511 Fax. 0198-24-1721

E-mail:ikyoku@shanamaki.hosp.go.jp

問い合わせ先

調査について不明な点、また調査票の不足、送付方法など調査の手続きについては、下記までお問い合わせ願います。なお、内容によっては研究協力者にメールを転送し、そちらから回答させていただく場合があります。

押切 悦子 独立行政法人国立病院機構花巻病院（医局事務）
ikyoku@shanamakilan.hosp.go.jp

問い合わせの際のお願い

メールでのやりとりとなりますので、返答の際にもわかりやすいよう、表題を、
【25条通報調査問い合わせ】＋自治体名＋問い合わせ番号のようにしていただければ幸いです。

たとえば〇△県からの2回目の問い合わせでしたら、
【25条通報調査問い合わせ】〇△県2のように、お願いいたします。

調查方法

調査対象

今回の調査では、次の事例を調査対象とします。

2008年（平成20年）4月1日から
2009年（平成21年）3月31日までに
都道府県知事・政令指定市長あてに
精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第25条に基づく
検察官通報があった全事例。

調査期間は、

検察官通報があった日が
2008年4月1日から2009年3月31日までの事例です。

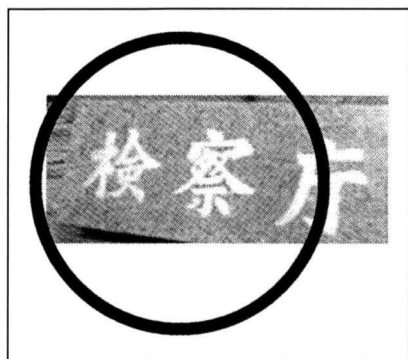
診察が2008年4月2日でも、通報が2008年3月31日以前なら、対象外です。
診察が2009年4月2日でも、通報が2009年3月31日以前なら、対象です。

対象は

精神保健福祉法第 25 条（検察官通報）の事例のみです。

検察官通報以外の通報等は、今回の対象ではありません。

検察官（第 25 条）



警察官通報（第 24 条）



矯正施設長通報（第 26 条）



もちろん、

一般人の申請（第 23 条）

保護観察所長の通報（第 25 条の 2）

精神科病院管理者の届出（第 26 条の 2）

医療観察法対象者（保護観察所長・指定通院医療機関管理者通報）（第 26 条の 3）

都道府県知事・政令指定市長職務診察（第 27 条第 2 項）

も、対象ではありません。

調査票の作成

調査票は、1回の通報ごとに1冊ずつ、記入してください。
個人情報保護に留意しながら、できるだけ簡単に調査票を
記載いただくため、このマニュアルの手順での作成をお願い
いたします
なお、同一患者が、調査期間中に、2回以上、通報されて
いる場合は、そのたびごとに1冊ずつ、記入してください。

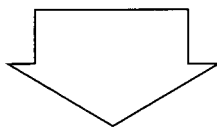
時に、同じ患者さんが、2度、3度と、通報されることを繰り返す場合がありますが、今回の調査は、触法精神障害者に対して、検察官通報がどのように行われるかを検討することを主たる目的としております。また、現実問題として、同一自治体への通報であれば同一患者と特定することもできるかもしれませんが、都道府県境を超え、あるいは政令指定都市の内外を超えての事件では、患者の住所地でなく、事件地の都道府県知事・政令市長あてに通報される等、通報先の自治体も異なる場合があります。最初の通報の後に他の自治体に転居し、再度別の事件で次の通報となった場合も同様で、いずれの場合も、実際には同一患者であっても、同一患者と特定することはできません。

こうした事情から、同じ患者さんで通報が繰り返された事例は、それぞれの通報ごとに、別事例として取り扱いいただくよう、お願いいたします。

対象資料

今回の調査では、次の資料を調査対象とします。

検察官通報書
事前調査書
措置入院に関する診断書
措置症状消退届



診察実施の有無、診察後の経過の概要、資料の有無を、
次ページに示す要領で、「とりまとめ表」に、まとめてください。

医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究

検察官通報調査票

とりまとめ表

通 報 日	年 月 日		
年 齢 ・ 性 別	歳	男 ・ 女	

事 前 調 査 は	1. 実施した	2. 実施していない	
指 定 医 の 診 察 は	1. 実施した	2. 実施していない <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明 </div>	
診 察 後 の 経 過 は	1. 措置入院した	2. 措置入院していない	
	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 1. 現在も措置入院中 2. 既に措置解除した </div>	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明 </div>	
	<div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding-left: 10px;"> 1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明 </div>		
	措置入院日	年 月 日	措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含まれます。
	措置解除日	年 月 日	

データ目録			
1	検 察 官 通 報 書	1. あり	2. なし
2	事 前 調 査 書	1. あり	2. なし
3	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
6	措置症状消退届	1. あり 2. なし 3. 措置入院していない	4. 医療機関から未提出

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

医療観察法導入後における触法精神障害者への対応に関する研究

検察官通報調査票

とりまとめ表

通 報 日	年 月 日	本人確認のため、 性別と年齢の転記 をお願いします。 男・女
年 齢 ・ 性 別	歳	

事前調査は	1. 実施した 2. 実施していない	
指定医の診察は	1. 実施した 2. 実施していない	診察実施していない事例は、調査後の状況を記載してください。
診察後の経過は	1. 措置入院した 2. 措置入院していない	措置入院していない事例は、診察後の状況を記載してください。
	1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明	
	1. 現在も措置入院中 2. 既に措置解除した	
	1. 任意入院した 2. 医療保護入院した 3. 精神科への通院となった 4. 精神科医療は不要となった 5. その他 () 6. 不明	
	措置入院日	年 月 日
	措置解除日	年 月 日
	措置解除には、緊急措置入院後の指定医診察での措置不要例も含まれます。	

データ目録			
1	検 察 官 通 報 書	1. あり 2. なし	緊急措置診察が行われた事例では診断書の枚数が異なる場合があります。区別を記載願います。
2	事 前 調 査 書	1. あり 2. なし	
3	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
4	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
5	措置入院に関する診断書	1. あり (通常診察・緊急措置診察)	2. なし 3. 診察実施せず
6	措置症状消退届	1. あり 2. なし 3. 措置入院していない	4. 医療機関から未提出

特記すべきことがあれば、枠外に記載してください。

締め切り

2009年（平成21年）11月30日（月）とします。

この日程で支障がある都道府県・政令指定都市は、恐縮ながら、御一報いただければ、対応を検討させていただきたく存じます。

このような調査方法とした背景について

今回の調査では、通報書、事前調査書、診断書、消退届等を、そのまま提出いただくのではなく、自治体において転記いただく形式とさせていただきます。

これは、個人情報保護の点において、診断書の写し等をいただいた場合、万一にも第三者から個人が特定されるような事態を避けるための方策でございます。

触法精神障害者の現状を適切に把握し、より有効な対策を構築するためには、こうした患者さんの情報を収集し、詳細に分析していく必要があります。ただ、残念ながら現時点においては電子化して簡便に匿名化して収集する等の下地が整っておりません。近年、自治体の業務は過大なほど増大しており、この調査についても、できるだけ少ないご負担ですむよう、可能な限り配慮したつもりではありますが、なお多くのお手数をおかけせざるをえないことについて、研究班一同、大変恐縮しております。

なお、この調査の倫理的側面については、疫学研究に関する倫理指針（文部科学省・厚生労働省：2007年11月1日施行）に基づき、主任研究者の属する独立行政法人国立病院機構花巻病院において、病院とは独立した倫理委員会の審査を受け、承認を得ておりますので、申し添えます。

調査の集計に際し、個別の自治体の名称は伏せて公表いたします。地域差を検討する場合は、地方厚生局の管轄区域に準じて、次の区分で集計を行い、人口比を十分に考慮した上で論じていきたいと考えております。

厚生局	管轄区域	人口（万人）
北海道 東北	北海道 青森県、岩手県、宮城県、秋田県、 山形県、福島県	1,508
関東信越	茨城県、栃木県、群馬県、埼玉県、 千葉県、東京都、神奈川県、新潟県、 山梨県、長野県	4,729
東海北陸	富山県、石川県、岐阜県、静岡県、 愛知県、三重県	1,742
近畿	福井県、滋賀県、京都府、大阪府、 兵庫県、奈良県、和歌山県	2,169
中国四国	鳥取県、島根県、岡山県、広島県、 山口県、徳島県、香川県、愛媛県、 高知県	1,166
九州	福岡県、佐賀県、長崎県、熊本県、 大分県、宮崎県、鹿児島県、沖縄県	1,464

上記趣旨に照らし、北海道厚生局の管轄区域と東北厚生局の管轄区域は、あわせて集計する方針です。なお人口は2007年国勢調査によります。

なお、結果については、来春以降、研究報告書としてお届けいたします。

データ票への 転記について

