

地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制における 入院医療による支援のための研究

総括研究報告書

研究代表者：村井俊哉（京都大学医学部）

研究分担者：笠井清登（東京大学医学部）、藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、柑本美和（東海大学法学部）、櫛原克哉（東京通信大学情報マネジメント学部）

要旨

本研究では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院制度の実態と課題を、当事者・家族の経験、専門職の経験、法制度、国際的動向、社会学的視点等から多角的に検討した。制度の妥当性や人権保障の在り方が国際的にも問われる中、2024（令和6）年度は専門職調査・国際比較（藤井班）、比較法研究（柑本班）、質的調査（櫛原班）を通じて、制度が現場で直面している構造的課題や個別的影響の実態を明らかにした。

藤井班の専門職を対象とした調査では、同意能力の評価困難や家族等同意の取得に関するジレンマ、身体疾患治療をめぐる制度的課題など、実務上の多くの課題が示された。一方、柑本班の比較法研究では、事前選択文書制度や精神医療審査制度の設計・運用に関して、イギリスやフランス、ドイツ等の取組が紹介され、日本における制度改革の方向性に重要な示唆を与えた。さらに、櫛原班の質的調査からは、非自発的入院の経験が本人・家族にとって大きな影響を及ぼしている実態が示され、制度が「生活支援」や「関係性の回復」といった機能を十分に果たせていない側面があることも浮き彫りとなった。非自発的入院制度の課題は、医療・法制度の問題のみならず、生活基盤や意思決定支援、地域支援の枠組みの再構築という広い視点で捉え直すことが必要であると考えられた。

本研究では、研究を実施するプロセスの準備段階から当事者・家族との意見交換を行い、調査票の作成においては当事者・家族が明らかにすべきと考える課題が浮き彫りとなるよう時間をかけて検討した。このため、研究期間内に全国調査の実施まで至ることができなかったが、全国調査の準備を整えることができたこと自体が成果のひとつであり、今後本研究の成果物である調査票を使用した調査の実施が必要である。

A. 研究の背景と目的

精神保健福祉法に規定された非自発的入院制度（措置入院、医療保護入院、応急入院等）は、本人の同意に基づかない形で入院を可能とする制度であることから、制度の妥当性、適正な運用、人権保障のあり方について、近年とりわけ注目を集めている。2022（令和4）年には、国連障害者権利委員会が日本政府の

初回報告を審査し、精神障害を理由とする強制入院制度に対して深刻な懸念を示し、当該制度の見直しと代替的な支援体制の構築が強く求められた。

同年12月に改正された精神保健福祉法においては、医療保護入院の入院期間が定められ、一定期間ごとに入院要否の確認を行うこととされた他、従来から行われていた入院時

の本人への書面告知に入院理由が追加され、同意を行った家族等にも同様の書面告知が行われることとなった。これにより、本人の人権擁護が従来よりも一定程度改善されることが期待されているものの、本人の同意がない場合の入院制度については依然として課題が山積しており、国際的な動向も踏まえつつ、さらなる課題整理と将来的な見直しへの継続的な議論が必要である。改正精神保健福祉法の附則第3条および附帯決議において、今後障害者権利条約の実施について精神障害者等の意見を聴きつつ必要な措置を講ずることについて検討するとともに、精神科医療と他科の医療との政策体系の関係性を整理し、医療保護入院のあり方等の精神科医療に関する法制度の見直しを行うことが求められていることにも留意する必要がある。

こうした背景のもと、本研究班では、精神保健福祉法に基づく非自発的入院の実態と課題を多角的に検討するため、実態調査と国際比較（藤井班）、法学的検討（柑本班）、社会学的検討（櫛原班）の3つの分担班を構成し、制度運用の実情、法制度上の論点、当事者・家族の経験的知見、国際的な動向等を総合的に把握し、よりよい制度としていくための議論に資する基礎資料を提示することを目指した。2024（令和6）年度は、前年度の知見を踏まえて、量的調査や国際比較研究を進めるとともに、社会学的な視点からも検討を行った。

B. 方法

上記の目的のため、本研究班は下記の3つの分担班を組織した。

1. 非自発的入院に関する実態調査（研究分担者：藤井千代）
2. 非自発的入院に関する法学的検討（研究分担者：柑本美和）
3. 非自発的入院に関する社会学的検討（研究分担者：櫛原克哉）

藤井分担班では、非自発的入院制度の運用実態と課題を多角的に把握するため、①専門職全国アンケート調査、②当事者・家族への予備的アンケート調査、③国際比較調査の3つの調査研究を行った。

まず、専門職を対象とした全国アンケートは、精神科病棟に勤務する医師・看護師・精神保健福祉士、ならびに入院相談等に携わる自治体職員を対象として実施された。前年度の質的調査結果をもとに設計した質問項目について、関連団体の協力を得てWebフォームまたは紙媒体で配布し、同意能力の評価や家族等同意の取得状況、医療保護入院の判断過程、入院長期化の要因等について、選択式および自由記述で回答を得た。

当事者・家族を対象とした予備的アンケートでは、PPI（Patient and Public Involvement）の理念に基づき、当事者・家族と研究者が協働し、設問を検討した。入院の経緯や心情、支援状況、金銭的・身体的負担などについて回答を求めるとともに、今後の全国調査に向けた項目の修正意見も収集した。

国際比較調査では、6カ国（英国、ドイツ、フランス、カナダ、韓国、台湾）の精神科医師に、臨床現場での判断に関する5つのケースビネットを提示し、Webインタビューを実施した。これにより、日本との制度的な違いや対応の特徴を明らかにした。

柑本分担班では、日本の非自発的入院制度における権利擁護策の在り方を明らかにするため、①意思決定支援制度と精神医療審査会制度の分析、②主要国の比較法研究、③イギリスにおける現地調査の3つを中心に研究を進めた。

まず、日本国内の制度については、2022（令和4）年の精神保健福祉法改正を踏まえ、非自発的入院制度の法的構造や家族同意の位置づけ、意思決定支援の不足といった課題を抽出した上で、事前意思表示制度および精神医療審査会制度に焦点を当てた検討を行った。と

りわけ、医療における自己決定支援の先行事例である ACP (Advance Care Planning) の議論や、東京都精神医療審査会の運用実態などを題材とした勉強会を通じて、制度改善に向けた方向性を整理した。

比較法研究では、2023 (令和 5) 年度の調査対象であったドイツ、韓国、台湾に加え、イギリスおよびフランスを新たに対象国とし、各国の非自発的入院制度や権利擁護の制度的保障 (司法審査、意思決定支援、アドボカシー制度等) の実態と改革動向を文献・制度分析を通じて明らかにした。

さらに、イギリスの現行制度および精神保健法改正案の具体的運用を把握するため、ロンドンにおいて現地調査を実施した。調査では、精神科医、アドボケイト、患者の家族、地域精神保健サービス担当者、患者安全対策責任者、事前選択文書 (Advance Choice Documents) 関係者等へのインタビューに加え、病棟見学や専門家による講義を通じて、非自発的入院制度の現状と改革の方向性を実際に検討した。

櫛原分担任では、非自発的入院を経験した当事者およびその家族の語りを通じて、制度の経験的影響と支援体制の課題を明らかにすることを目的とし、質的インタビュー調査を実施した。調査対象は、医療保護入院または措置入院を経験した当事者 30 名と、その家族 19 名 (うち父母 15 名) であり、家族会の協力や SNS 等を通じて募集された。調査は 2023 (令和 5) 年 11 月から 2024 (令和 6) 年 8 月にかけて、対面またはオンライン形式で実施された。インタビュー時間は 1 回あたり 60～90 分程度であった。

インタビューでは、入院に至る経緯、入院中の処遇、退院後の生活、非自発的入院に対する考え方、現在の家族関係などについて聞き取りを行い、当事者と家族それぞれの立場から語られた経験を収集した。データは録音・文字起こしの上でトランスクリプト化され、

リフレクティブ・テーマ分析の手法に基づいてコーディング・分析を行った。初期段階では表層的意味に基づく semantic coding を行い、そこから共通する語りのパターンや意味のまとまりを抽出し、主要テーマとして整理した。

本調査は、非自発的入院が当事者および家族にとってどのような意味を持つ経験であるかを把握するとともに、制度運用に内在する課題や支援体制の構造的問題を浮かび上がらせることを意図したものである。

各分担任の方法の詳細については、各分担任研究報告書を参照されたい。

C. 結果

1. 藤井分担任

1) 専門職アンケート調査

全国の精神科医、看護師、精神保健福祉士、自治体職員を対象に実施された本調査では、計 1341 名から有効回答が得られた (医師 574 名、看護師 638 名、精神保健福祉士 99 名、自治体職員 30 名)。

同意能力の評価に関しては、すべての職種で「評価が困難な状況がある」との回答が多数を占めた。特に認知機能の低下、考えが揺らぐ場合、アルコールや薬物の影響などが代表的な困難要因として挙げられた。

家族等同意に関する課題では、現行法における「家族等」の定義が、現代の多様な家族・支援関係に対応しきれていない実態が明らかとなった。同意書の取得に関しても、家族間の意見不一致や連絡困難、同意拒否などが日常的に発生している状況が見て取れ、医療保護入院の実務において家族等同意を得ることに対する倫理的なジレンマ状況が存在することが示された。

入院長期化の要因に関しては、「退院後の受け入れ先の不足」「家族の意向」「サービス調整の遅れ」「本人と退院先との関係悪化」などが主要因として挙げられた。また、退院後の

生活にかかる経済的負担も、退院支援の障壁となっていることが明らかとなった。

身体疾患の治療を要する精神障害者への対応については、制度上の非対称性が指摘された。精神科では非自発的入院が制度化されている一方で、身体科では本人の同意が得られない場合の対応が明確に定められておらず、「医療保護入院の枠組みで身体疾患を治療せざるを得なかった」との回答が多数寄せられた。さらに、身体疾患を合併する精神障害者への治療実施においては、患者本人と家族の意思の不一致、同意の一貫性の欠如、意思決定能力の不確かさなどが、身体科医療へのアクセスを妨げる要因となる状況があることが示された。

2) 当事者・家族予備的アンケート調査

当事者・家族の視点から非自発的入院制度の運用実態を捉えることを目的として、予備的アンケート調査を実施した。全国規模の当事者・家族団体の協力を得て Web 形式で実施され、有効回答は当事者 14 名、家族 16 名であった。

作成された調査票は、今後の全国調査に向けた暫定版と位置づけられ、継続的な検討の中で改訂される予定である。

3) 入院プロセスに関する国際比較

英国、ドイツ、フランス、韓国、台湾の精神科医師各 1 名ずつ、カナダの精神科医師 4 名に対してインタビューを行った。インタビューの結果、各国の運用の違いが明らかになり、「自傷他害の恐れがない場合も適用される非自発的入院形態がある」、「(措置入院以外の状況で) 公的な搬送手段に乏しい」、「身体科の非自発的な治療について根拠・手続きがない」、「認知症、知的障害に関しては精神科医療が一定の役割を担っている」、「年少者の同意能力に関して、精神保健福祉法上の規定がない」「意思決定能力評価や、意思決定支援についてはガイドラインがなく、属人的な運用

となっている」という日本の特徴が示された。

2. 柑本分担班

意思決定支援に関する検討では、障害者権利条約第 12 条 4 項や WHO のガイダンスを踏まえ、本人の意思および選好の尊重を制度的に実現する手段として、「事前指示 (advance directives)」や「事前選択文書 (Advance Choice Documents)」の位置づけが重要であることが確認された。ドイツでは、患者が意思決定能力を失った場合の医療方針をあらかじめ表明する「事前指示」が民法上に明記されており、法的拘束力を持つ。一方、日本ではこうした制度は法制化されておらず、今後の検討課題とされた。

イングランドでは、1983 年制定の精神保健法に基づき、本人の同意能力を問わず非自発的入院・治療が可能な制度が維持されてきたが、2018 年に実施された独立レビューを契機に、患者の権利や選好をより重視する方向への法改正が議論されている。2022 年には「Draft Mental Health Bill」が発表され、①強制入院の要件の厳格化、②患者が希望する支援者 (nominated person) の明確化、③アドボカシーサービスの拡充、④「事前選択文書」の導入と支援の制度化などが盛り込まれた。事前選択文書については、本人が意思決定能力を有している段階で、将来の治療に関する希望や感情を記載できる文書として制度上定義され、NHS には情報提供および作成支援の責務が課されることとなっている。

精神医療審査制度については、日本の精神医療審査会が 1983 年のイングランドの精神保健審査会 (Mental Health Review Tribunal) をモデルに設置されたが、その後イングランドでは、2007 年の制度改革により、同審査会は司法制度内の「第一層審判所 (First-tier Tribunal, Mental Health)」へと再編され、独立性と手続保障が強化された。この審判所は、①裁判官、②精神科医、③福祉分野の有識者の三者による合議体で構成され、司法手続と

して審理を実施している。

さらに現地調査を通じて、イングランドでは病棟に専用の審査室が設けられ、患者と審査委員のプライバシーや意思表示の権利が確保されていること、審査の実施方法として対面審理・オンライン審理の双方が選択可能であることなど、制度の運用面でも柔軟性と支援体制の整備が進められている実態が確認された。

フランスでは、公衆衛生法典に基づいて精神障害者の権利が包括的に保障されており、非同意入院においても第三者の「同意」ではなく、医療施設長あるいは県知事の判断により措置が決定される「公的責任型」の制度が採用されている。入院の継続には、24時間・72時間・1か月の各段階で診断書の提出が求められ、さらに6か月ごとに更新審査が義務づけられている。非同意入院に関する処遇（隔離・身体拘束）についても、時間制限と再評価義務が法律で明記されており、JLD（自由と拘禁に関する裁判官）による監督が必須とされている。

ドイツにおいては、精神障害者の支援制度として世話法（Betreuungsgesetz）が存在し、治療・収容・財産管理に関する支援を世話人が行う場合には、裁判所の許可を要する。特にアルコール依存症患者に関する裁判記録の事例を通じて、当人の同意がなくとも公的支援の枠組みにより生活支援や医療措置が法的に実施されるプロセスが示された。審理は詳細な審問、医学的意見書、本人の生活状況の調査等に基づき進められ、必要に応じて収容許可が裁判所により下される。

これらの調査・分析を通じて、非自発的入院制度における権利擁護策の多様な制度設計と、各国での実施状況に関する具体的な実態が把握された。日本制度の位置づけを見直すうえで参照可能な情報を得ることができた。

3. 櫛原分担班

インタビュー調査で得られた語りをリフレ

クティブ・テーマ分析の手法により整理した。

入院に至る経緯に関しては、自殺企図や幻覚・混乱状態など急性症状への対応として入院が選択されるケースのほか、過労や生活困窮、家庭内暴力、性的被害といった生活上の困難を背景に、支援不在のなかで「避難的」に入院したケースも多く見られた。制度が「危機への対応」として機能する一方で、適切な支援につながらないまま孤立のなかで非自発的入院に至る事例も少なくなく、社会的要因と制度運用の密接な関係がうかがえた。

入院中の処遇については、その体験の意味づけに大きな個人差が認められた。閉鎖病棟での隔離や身体拘束、外部との連絡制限、ナースコールの未整備など、厳格な管理体制に対して強い不安や孤独感を語る事例がある一方で、「守られている」「安心できた」といった肯定的な語りも得られた。特に、日常的に接する看護師との関係性が処遇全体の評価に大きく影響しており、丁寧なケアや対話的な対応があった場合には、困難な状況のなかでも「支えられた」と感じられていた。他方で、威圧的な態度や対話の欠如、薬物療法への不信感などが重なった場合には、入院が「再度のトラウマ体験」として記憶される傾向も見られた。

退院後の生活においては、経済的困難や住居の不安定さ、家族との関係の希薄さなど、生活基盤の脆弱さが回復の妨げとなる例が多く、制度的支援の連続性が問われる実態が浮かび上がった。訪問看護や就労支援、ピアとの接点などが再発予防や社会的回復の支えとなっていた一方で、支援が十分に届かず、再入院や孤立に至るケースもあった。「望まない実家での同居」や「劣悪な施設環境での生活」を強いられる場面では、制度的支援が十分に「選択肢のある生活」を保障していない現状への疑問も語られた。

家族の語りからは、非自発的入院が「他に選択肢がなかった」末の苦渋の選択であるという実態が強く示された。家庭内暴力や生活

破綻、他害・自傷のリスクなどに直面し、支援機関の対応の遅れや資源の不足のなかで、「仕方なく入院を選ぶしかなかった」とする声が多く確認された。家族が制度的介入を「媒介する役割」として担わざるを得ない状況も多くみられ、本人との関係性の維持と制度的対応のあいだで葛藤を抱える姿が印象的であった。また、ケアを担う多くが親、特に母親であり、生活やキャリアに及ぶ長期的な影響が明らかとなった。暴力や自傷への対応が日常化し、慢性的な不安と緊張のなかで生活している様子も示された。

さらに、支援の二面性も家族の語りから浮き彫りとなった。支援によって回復や生活再建が可能になる一方で、支援が不十分であった場合にはその責任や影響が家族に集中する構造が明らかとなった。特に、支援の不成立や退去・再入院が家族の経済的・心理的負担を増大させる実態が確認され、制度設計における柔軟性と持続可能性の課題が示唆された。

このように、櫛原班の調査からは、非自発的入院がきわめて多層的な経験として語られており、その意味づけには個人の背景や地域資源の有無、支援のあり方が大きく影響していることが明らかとなった。

D.考察

本研究では、非自発的入院制度をめぐる実態と課題について、専門職、法制度、当事者・家族の経験、そして国際的視座からの分析を通じて、多面的な知見を得ることができた。制度の妥当性や運用上の課題は、単なる医療の技術的・法的論点にとどまらず、制度と社会との接点、支援体制の限界、そして個人の生活史や関係性のなかで複雑に立ち現れる問題であることが、改めて確認された。

まず、藤井班による専門職アンケートは、制度運用の現場における困難や葛藤を浮き彫りにした。医師や看護師、精神保健福祉士、自治体職員といった多様な職種から寄せられた声は、非自発的入院が精神科医療を提供する

うえでの選択肢として現場に定着している一方で、その適用に際しては評価の不確実性や法制度上のあいまいさに直面し、しばしばジレンマ状況に陥っている実態を示している。特に、同意能力の判断については、明確な基準がなく、患者の状態の変動性、多職種間での判断の揺れといった要因も重なり、専門職であっても判断に迷う場面が少なくないことがうかがえた。これは、単なるアセスメントスキルの不足といった問題ではなく、制度が現場に大きすぎる裁量と責任を委ねている構造的課題と捉えることもできる。

家族等同意の取得に関しては、現代の多様化した家族形態とのミスマッチや、同意の過程で生じる倫理的ジレンマが指摘された。家族関係の実態と法制度が乖離するなかで、本人のみならず、家族の人権擁護も困難となっている状況が生じていることを考慮すると、制度設計の再考を検討する必要があると考えられる。

さらに、身体疾患を有する精神障害者への医療提供については、非自発的入院制度を介して、精神科において身体科領域の治療判断を担っている状況も認められた。これは、精神科と身体科の医療制度が前提とする意思決定の枠組みの違いが、現場における制度的ねじれや連携困難を生じさせていることを示唆しているともいえる。

一方、柑本班による比較法研究と現地調査からは、非自発的入院制度における人権保障の具体化に向けた各国の取組が明らかになった。イングランドで導入が予定されている「事前選択文書（Advance Choice Documents）」は、強制医療の制度枠組みを残しつつも、本人の希望や選好を最大限に尊重する実践的手段として注目される。日本では法的整備が進んでいない領域であり、医療保護入院や措置入院において本人の意思や価値観が適切に考慮されないままに医療が提供されうる構造的課題の改善に向けた重要な示唆を与える。

また、精神医療審査会の制度設計について

は、イングランドの **First-tier Tribunal** との比較を通じて、日本における審査の独立性や実効性に関する課題が浮き彫りとなった。とりわけ、合議体の構成、審査手続の公開性、専門性、審査後の実効的な対応といった点において、制度の見直しが必要であると考えられた。精神医療審査会の存在が単なる形式的な申し立て制度ではなく、実質的な権利擁護の機能を果たすには、より構造的な改革が求められる。

フランスやドイツの制度は、司法手続や行政による監視を制度的に担保しており、「公的責任型」の介入が一定の抑制装置として機能している。とくにフランスにおける入院後の段階的な審査、隔離や身体拘束の厳格な制限と再評価義務、JLD による監視体制は、制度の強制性に対する歯止めとして注目される。他方で、日本では、医療機関内部での意思決定が制度運用の中心となっており、権限行使に対する独立したモニタリングが行える体制にないことが課題として懸念される。

櫛原班の質的調査は、非自発的入院が本人・家族にとっていかに複雑な経験であるかを、具体的かつ多様な語りを通じて浮き彫りにした。本人の視点からは、「命を守る」という目的が必ずしも安心や納得にはつながっておらず、むしろ処遇や支援の在り方によっては、トラウマの再体験や自己効力感の喪失をもたらすことが明らかになった。看護師との関係性、対話の有無、薬物療法の説明と対応など、個別的な支援の質が制度全体の評価に直結していた。

また、退院後の生活についての語りからは、「制度から地域への移行」が単なる物理的な退院ではなく、継続的な支援体制によって初めて意味づけられるものであることが示された。ピア支援や訪問看護などが適切に機能した場合、回復への契機となる一方、生活基盤の不安定さや選択肢の乏しさは再入院の要因ともなりうる。制度が支えるべきは「生活そのもの」であり、医療行為だけでは不十分で

あるという示唆である。

家族の語りもまた、制度が想定する「支援者」のあり方を問い直すものであった。家族はしばしば、制度の「実施者」でありつつも、「補完者」「被害者」としての立場を同時に担っており、その重層的な役割には、過度の負担と倫理的葛藤が伴っていた。とりわけ、「他に選択肢がなかった」として制度的強制を受け入れる語りからは、支援の選択肢の乏しさが、非自発的介入を事実上の「唯一の解」として位置づけてしまっている構造的課題が読み取れる。

本研究が示したのは、非自発的入院制度が単なる医療の技術的・法的問題ではなく、生活支援、意思決定支援、社会的孤立の打破といった、多面的かつ統合的な支援体制の再構築と深く結びついているという点である。今後の制度設計においては、強制の最小化とともに、「本人の選好と尊厳を支える支援の仕組み」「家族のケア責任の分散」「意思決定を支える仕組み」「継続的な地域支援の保障」という視点が、横断的に組み込まれる必要がある。

たとえば、「事前選択文書」や「意思決定支援の強化」は、制度の根幹に関わるものであると同時に、地域での実装においても中長期的に制度的枠組みと人材、財源の確保といった準備が必要である。単に法改正を行えばよいというわけではなく、地域精神医療の充実、地域における居住や生活の支援体制強化、精神科病棟への十分な人員配置、司法制度との連携、当事者・家族との対話的プロセスの構築といった、多層的な改革戦略が求められる。

本研究では、研究を実施するプロセスの準備段階から当事者・家族との意見交換を行い、調査票の作成においては当事者・家族が明らかにすべきと考える課題が浮き彫りとなるよう時間をかけて検討した。このため、研究期間内に全国調査の実施まで至ることができなかったが、全国調査の準備を整えることができたこと自体が成果のひとつであり、今後本研究の成果物である調査票を使用した調査の

実施が必要である。

本研究の成果は、制度改革に向けた議論の土台として、多職種の視点、当事者・家族の声、国際的な制度設計の参照を統合する意義を持ち、今後の制度設計に向けた検討に資するものであると考えられる。

E. 健康危険情報

なし

F. 研究発表

著書

- 1) 櫛原克哉・添田雅宏, 2024, 「ピア・スタッフは自分をどのように見せるのか——精神障害のピア・サポートの現場から」伊藤智樹編, 『支える側・支えられる側の社会学——難病患者, 精神障害者, 犯罪・非行経験者, 小児科医, 介助者の語りから』晃洋書房, pp.25-48.

総説

- 2) 柑本美和, 西岡慎介, 富山侑美, 水留正流, 2024, 「台湾における犯罪を行った精神障害者の処遇制度」『刑政』135 (9): 48-59
- 3) 櫛原克哉, 2024, 「医療・構築主義の社会学から見た精神障害の流行現象」『精神科治療学』39 (9): 955-959.

学会発表

- 4) 櫛原克哉, 「非自発的入院をめぐる患者の経験と解釈に関する考察——経験者を対象としたインタビュー調査から」第120回日本精神神経学会学術総会 (2024年6月22日, 札幌コンベンションセンター／札幌市産業振興センター) .
- 5) 櫛原克哉・添田雅宏・若林真衣子, 「精神医療における非自発的入院の経験者を対象としたインタビュー調査——許容基準としての謝意理論の視点から」第12

回 日本精神保健福祉学会全国学術研究集会 (2024年6月30日, 福島学院大学)

- 6) 櫛原克哉, 「精神科病院への非自発的入院と家族のケアをめぐる葛藤に関する考察——患者家族を対象としたインタビュー調査から」第97回日本社会学会大会 (2024年11月9日, 京都産業大学).
- 7) 柑本美和「精神保健福祉法改正～法学者の立場から」第119回日本精神神経学会学術総会 2023年6月24日
- 8) 柑本美和「英国と日本の精神医療審査会の相違点について」第32回北陸司法精神医学懇話会 2024年7月13日

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

特になし