

大都市の措置入院 ——救急措置入院の展開と基準——

西山 詮

Akira Nishiyama: Trends of Commitment in the Large Cities.
Developments and Criteria of the Emergency Commitment

<索引用語: 大都市, 措置入院, 緊急措置入院, 緊急措置入院基準>

<Keywords: Large cities, Commitment, Emergency commitment, Standards for emergency commitment>

はしがき

近時東京都の年間措置入院件数が急激に増加し、これが各方面から不審の目で見られている。いわゆる措置率に目立った増加はないから、近年の新規措置入院の措置期間は短いことが推定できる。年間措置入院件数のこのような激増は精神科救急体制の整備と関連があるのではないかと、いう可能性に想到するのはむしろ自然な成り行きではなからうか。

篠崎¹⁷⁾は新規措置入院件数が昭和62年頃から全国的に増加していると指摘しているが、これは恐らく意味ある指摘であろう。しかし、彼はそのような増加がどうして起こっているか分からないという。結論を先取りするようなことになるが、一方で全国的に経済措置が減少し、他方で大都市において前者の減少を上回る勢いで救急措置が増加している、すなわちわれわれは今経済措置から救急措置への移行期を目の当たりにしているのではないかと、というのが筆者の想定である。以下に、この想定をいくらかでも基礎づける試みをしてみよう。それに関連して、緊急措置入院の基準につ

いても検討を加えることにする。

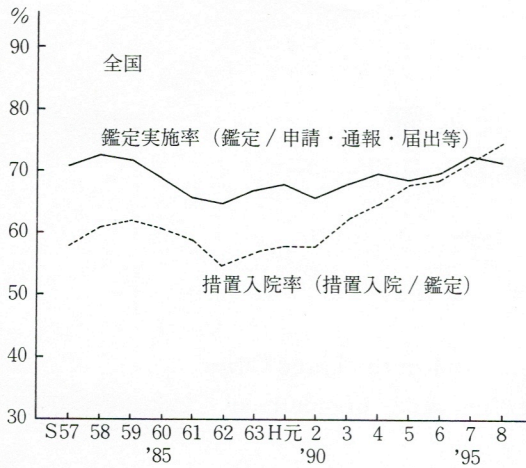
I 東京都等の措置入院

I-a 鑑定実施率と措置入院率の上昇

精神保健法の改正に伴い、任意入院が増加し、医療保護入院が減少するとともに、一定量の措置入院が確保される傾向が明らかになった。それぞれの入院形態は多くの問題を孕んでいるが、今回は精神科救急の見地から第3の措置入院に関して検討してみる。

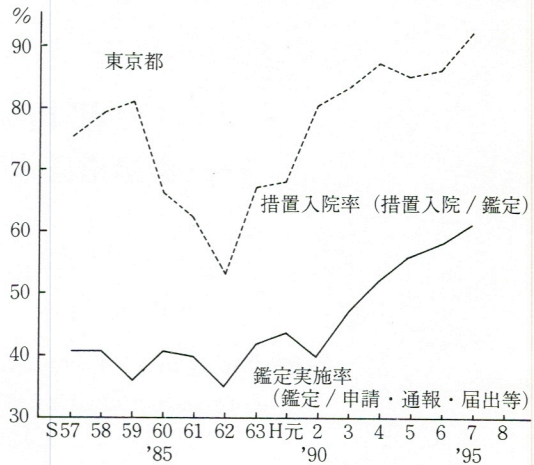
篠崎¹⁷⁾によれば、全措置中新規措置が占める割合は昭和62年頃までは10%を下回る数字であったのが、この62年を境にして増加し、平成7年には50%を越えるに至った。

この点を別の方面から眺めて見よう。申請・通報・届出等の件数に対する精神保健鑑定件数の比を鑑定実施率と呼び、この鑑定件数に対する措置入院件数の比を措置入院率と呼ぶことにする。そうすると、鑑定実施率は地方の行政事業所(以下は役所と略す。)の措置入院に対する見識を示すのに対し、措置入院率は指定医の措置入院に対す

図1 鑑定実施率と措置入院²⁾

る見識を示すことが明らかである。この二つの率の全国の動向を見ると、図1のごとくである。鑑定実施率の曲線は、一見したところ一定の傾向を示さないように見えるかもしれない。しかし、いったん下降に向った実施率が昭和62年を起点に上昇に向ったと読むことができよう。措置入院率は同じ動向をもっとはっきり示している。役所の意識も指定医の意識も昭和62年頃を境に変化したことが窺われる。

これを東京都で見たのが図2である。東京都においても、昭和62年を境に二つの率が急騰している。もともと役所は鑑定(従って措置入院)に消極的であったのが、これを境に態度を変更したことが分かる。同様に神奈川県を見たのが図3である。神奈川県では役所はもともと鑑定に極めて積極的であった。ここでは指定医が昭和61年を境に積極に転じたのである。同様に千葉県を見たのが図4である。ここでは昭和60年を境に役所も指定医も積極に転じた。上記二つの率の積は申請・通報・届出等された者のうち措置入院になる者の率を示す。この率は東京都、神奈川県、千葉県のいずれにおいても、昭和60-62年には20%前後であったのが、平成7年には50%強にまで上昇した。このような変化は神奈川県や千葉県で

図2 鑑定実施率と措置入院²⁾

は精神科救急体制の整備と同期しているように見えるが、東京都の場合はそのような直接の関係がない。この変化は精神衛生法の一部改正による関係者の意識変革に基づくものであろう。

I-b 警察官通報の増加

役所と指定医の意識が変わり、そういう意味で措置入院の準備ができて、大本の申請・通報・届出等が変わらなければ、措置入院の実質的な増加は生じない。申請・通報・届出等のうち大部分を占めているのが警察官通報である。例えば、東京都では昭和62年の時点で警察官通報が年間618件で、全体(840件)の74%を占め、これに次いで検察官通報が155件で、18%を占めていた。過去8年の経過を見ると、検察官通報以下はほとんど変化がなく、目立った変化をしているのは警察官通報のみで、平成8年にはこれが1650件で、全体(1934件)の85%を占めるに至った。要するに、申請・通報・届出等の増加分のほとんど全て(94%)が警察官通報によるのである。

図5に最近20年間の東京都の措置入院の動向を示した。昭和53年の精神科救急の体制整備にもかかわらず、その後9年にわたって緊急措置入

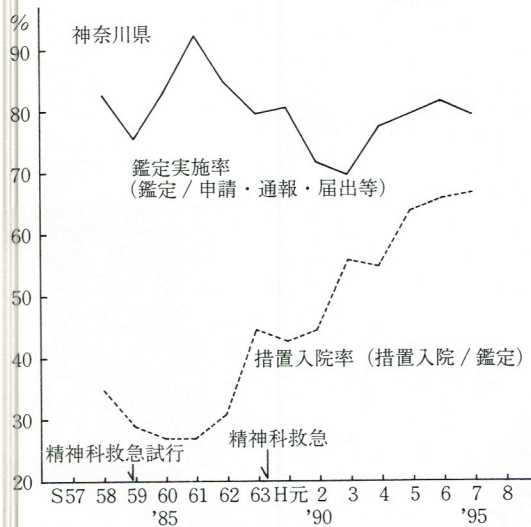


図3 鑑定実施率と措置入院⁴⁾

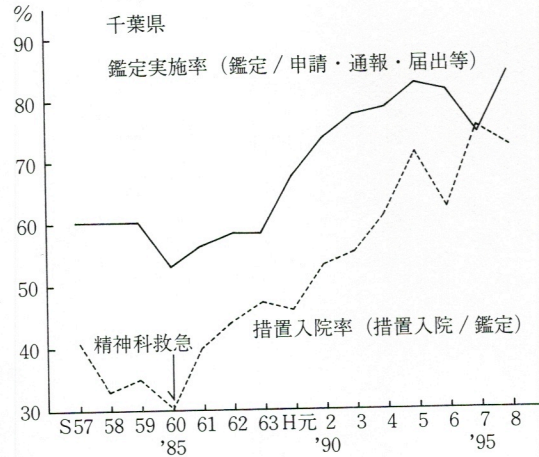


図4 鑑定実施率と措置入院^{9,16)}

院はむしろ減少し、措置入院も目立った変化を見せていない。昭和62年以降の措置入院の激増には、救急体制の整備に加えて、法改正による関係スタッフの意識変革が必要であったことが分かる。そして、後で神奈川県と比較して明らかになるが、第3の要因として警察官通報の増加が必須であった。年間措置入院件数の著しい増加にもかかわらず、措置率（当該年度の一定の時点における、在院者総数に対する措置により在院している者の比）が1%に止まっていることから分かるように、措置入院の多くは短期間に解除されているのである。図5からも明らかとなり、緊急措置入院が年々増加して措置入院の半数に迫っていること、そしてもっと直接的には、措置入院全体のうち、緊急鑑定に由来する措置入院の占める割合も、昭和63年度から平成2年度までは18ないし19%に停滞していたのが、平成3年度の24%から漸増し、平成9年度には51%に達した¹⁹⁾ことも、措置入院の救急化を如実に示す所見である。そして、緊急措置入院の大多数に警察官が同行していることもすでに指摘した¹¹⁾。

図6は神奈川県の措置入院の状況を示す。神奈

川県では、精神科救急の整備と関係スタッフの意識変革にもかかわらず、措置入院は若干の増加に止まり、緊急措置入院も目立った増加を示していない。警察官通報件数の棒グラフはほぼ水平に経過している。東京都に比べて神奈川県に精神科救急の需要が低いと考えるべき格別な理由もないから、以上の所見は警察官通報に強い人為的抑制がかかっていることを示すものである。神奈川県の精神科救急が24時間体制を採り、協力病院との連携が緊密になり、救急の需要の全てに対応する準備ができて初めて、この抑制が解かれることになるのであろう。

東京都は善きにつけ悪きにつけ、精神科救急の事態を処理する体制を完備した。警察官が保護した患者と思しき人の半数強（かつては5人に1人）を措置入院させる準備ができた。警察官は、いわば後顧の憂いなく（東京都衛生局にとってこの憂いは深い）病気の疑いある人を保護することができる。神奈川県はいまだこのような準備を整えていない。同県は今日東京都の昭和62年以前の段階で足踏みをしているのである。

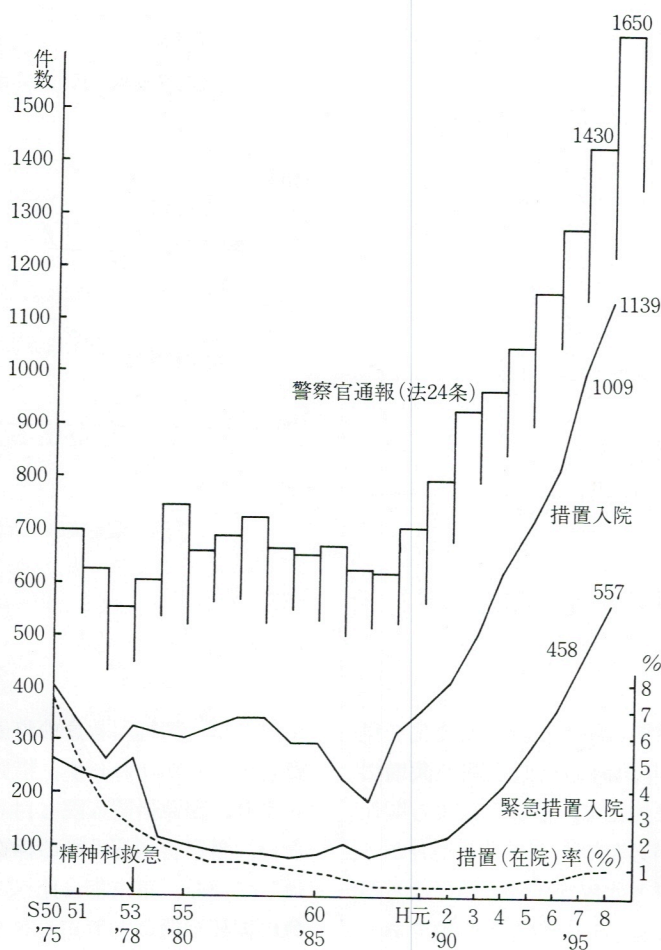


図5 東京都の措置入院²⁰⁾

II 緊急措置入院の基準の解釈

II-a 従来の条文の解釈

精神保健福祉法第29条の2は、昭和40年の精神衛生法改正に際して新設された規定である。それまでは、自傷他害のおそれの著しい患者を事実上入院させておき、2ないし3週間も経ってから精神衛生鑑定をしたり、あるいは同意入院の手続きを取らせるなど、違法または不適切な運用が行われていたが、これを是正するため、この種の緊急措置入院の必要性を正面から認めた上で、患者の人権保護の観点から、その要件を決定するという趣旨の下に新設されたものである²²⁾。

まず、改めて条文を紹介しよう。同条第1項は次のように言っている。「都道府県知事は、前条第1項の要件に該当すると認められる精神障害者又はその疑いのある者について、急速を要し、第27条、第28条及び前条の規定による手続を採ることができない場合において、その指定する指定医をして診察をさせた結果、その者が精神障害者であり、かつ、直ちに入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人を害するおそれが著しいと認めたときは、その者を前条第1項に規定する精神病院又は指定病院に入院させることができる。」同条第3項には「第1項の規定に

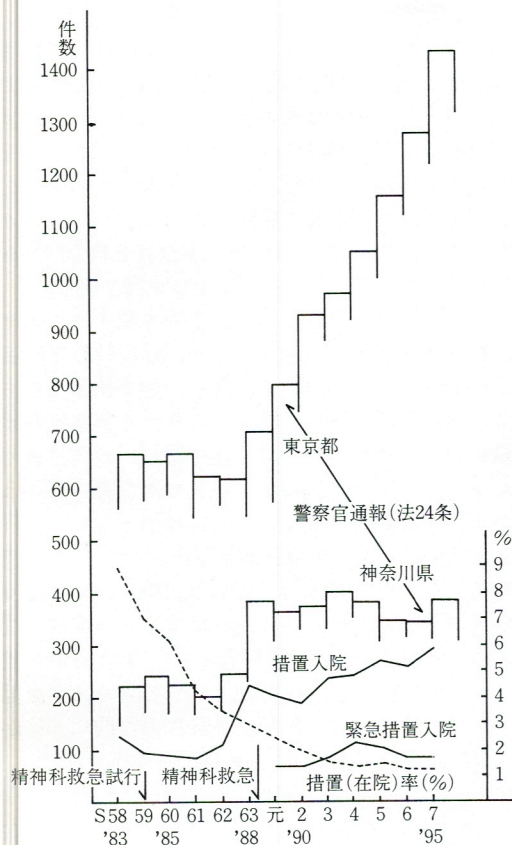


図6 神奈川県措置入院⁴⁾

よる入院の期間は、72時間を越えることが出来ない。」とある。

この条項につき、厚生事務次官通知⁷⁾は次のように述べている。「緊急措置入院をさせることができる精神障害者は、(中略)具体的には、他人を殺傷し、自殺を企図し、自傷の行為に及び、又は著しい程度に暴行を行う等現実に危険を生ずる状態にあることが要件とされるものであること。」見られるとおり、これは自傷他害のおそれにとまらず、自傷他害の行為を要件として要求していることが明らかである。公衆衛生法規研究会編集の「精神衛生法詳解」⁹⁾も同様の解説を付しているが、墨谷¹⁸⁾もこれに賛成していた。昨年厚生省精神保健福祉法規研究会が監修した「精神保健福祉法詳解」⁸⁾も相変わらず同じ見解を表明している。東

京都の資料²¹⁾も同様の見解を引き継いでいる。要するに、これら見解は自傷他害のおそれではなくて自傷他害の行為を要求し、あるいは自傷他害のおそれが行為によって裏付けられていることを要請しているのである。渡辺²²⁾はこの条項が第29条に比べ要件を一段と厳格にしたと指摘するに止め、大谷¹⁴⁾も「入院の緊急性にかんがみ、正規の措置要件を大幅に緩和しているのであるが、(中略)法は『直ちに入院させなければ』および『おそれが著しい』というように実質的要件に絞りかけたのである。」と言い、いずれも自傷他害の行為を要求するような見解を表明してはいない。

II-b 新しい解釈の必要

既述のような違法または不適切な入院を解決するために、緊急措置入院の規定が設けられたのであるが、この規定に対しては当時から強い批判が向けられた。警察官通報の強化および知事の措置権の拡大を意図したものとして警戒されたのである。筆者もこの点については十分な検討をする機会もないままに、東京都の精神科救急の体制整備を画期として一時は緊急措置入院が半減したことを以て、上記体制整備の成果として評価していた¹⁰⁾。上記のような社会的、文化的背景を考慮してか、厚生事務次官通知にもはっきりと現れているように、厚生省はこの規定の使用に強い制動を掛けてきた。

しかし、筆者はしばらく前から、上記通知等のように緊急措置入院の基準として自傷他害の行為を要求するのは間違っていると考えるようになった¹¹⁾。従来の違法または不適切な救急入院の中にも、真に必要なやむを得ない入院が少なからずあったことは否定できない。このような真に必要な救急入院を合法化する条文がまさに必要だったのであるから、第29条の2を新設した意義は認めなければならない。問題はその解釈と運用である。条文を読めば明らかなように、それはあくまでも自傷他害のおそれを要求しているのであって、自傷他害の行為を要求してはいない。直ちに入院さ

せなければならぬほど、それほど自傷他害のおそれが著しいことを要求しているのみである。自傷他害の行為がすでにあって今もおそれがあるのであればもちろん、いまだ行為はないけれども病状篤くまたは激しくて、次の瞬間いかなる行為に出るか予測ができない場合にも、活用できるのでなければ、精神科救急条項としての第29条の2の意義の大半が失われるであろう。

第29条の2は、緊急措置入院の必要性を正面から認めて新設されたものである。確かに、この条項は第29条が単に自傷他害の「おそれがあると認めるとき」としているのに対し、「直ちに入院させなければ」および「おそれが著しい」として、実質的要件に絞りをかけている。しかし、法的な見地からは、緊急措置入院の期間を72時間に制限し、この間に正規の精神保健鑑定(知事の措置権の発動に機会を与えるが、審査権の発動でもある。)をするという配慮がしてある。従って、実質的要件に絞りをかけるとは言っても、自傷他害の行為を要求して救急医療の本質を見失うようなことをしてはならないであろう。治療が必要な状況の緊急性に鑑み、実質的要件の絞りは病状の著しさ(激しさ、深刻さ等)を通じて行うべきである。第29条の2は、病状に着目して医療を優先し、間髪を入れず法的処置を講ずるという順序を採っていることが明らかである。

II-c 症例

法律の新しい解釈の必要性を具体的に示すために、起訴前鑑定から1症例を提示する。

症例A 殺人の行為時31歳、独身男性、緊張型精神分裂病

被疑事実を要約すると以下のようである。Aは平成X年10月某日午前3時過ぎ、東京都L区L町被疑者方において、実父(60歳)の顔面及び胸部などを手拳で殴打し、同日午前4時41分ころ、P区C病院において、同人を肋骨骨折による胸郭動揺での呼吸不全及び肝挫傷、小腸断裂、腹腔内出血による循環不全のため死亡させて殺害した。

Aの家族歴に特記することはない。Aは一人っ子として東京で生まれ育った。小中高等学校の成績は

低く、定時制高校を1年留年して卒業したが、その年の7月(20歳)頃に発病した。都内のC病院、P病院、O病院、J病院に入院と通院を繰り返した。幻聴、被害妄想と精神運動興奮が顕著であった。平成X-2年9月から千葉県Q病院に約1年入院し、事件直前まで通院していた。事件の日の午前1時19分、父親が110番と119番に電話して、「精神病の息子が暴れている」と訴えた。3分後に警察官と救急隊員が駆けつけたところ、Aが布団の上に全裸で座り、「へへへ」と奇声を上げていた。ここを第1時点とする。警察官らは入院先を探したが、Q病院以下過去に治療を受けたことのある病院その他で診療を断られた。到着して1時間も経ってようやく警察官らが東京都のひまわり(精神科救急の窓口)の電話番号を知るに至ったが、父親が「息子も落ち着いたよだからもうよい」と言うので一行は引き上げた。同日午前3時3分頃、再度父親が110番と弟に虫の息で電話した。その頃Aは父親の顔、胸、腹に殴る蹴るの暴行を加え、その場に倒れた父親に馬乗りになり、何回も跳びはねた。警察官らは3時20分頃到着した。これを第2時点とする。Aが玄関のドアを開け、全裸で飛び出してきた。警察官の質問に「俺がやった、俺がやったんだよ」と答えて逮捕された。

なお、Aには父母との間に特別な葛藤や確執はない。これまで父母に対して暴力を振るったことはなく、前科前歴もない。

第1の時点では「他人を殺傷し、自殺を企図し、自傷の行為に及び、又は著しい程度に暴行を行なう等現実に危険を生ずる状態」にはなかった。第2の時点では確かにそのような状態にあった。

従来の解釈は、自傷他害の行為を要求するから、第2の時点に達して初めて緊急入院をさせるよう勧めている。筆者は第1の時点で緊急措置入院の道を選択すべきであると考え、現に救急隊も警察官も緊急の入院治療の必要性を感知したからこそ、入院可能な病院を探したのである。この間1時間が費やされた。千葉県のQ病院はAが直前まで通院していた精神病院であるが、入院を断った。仮にQ病院が入院を引き受けていたにしても、県境を越える搬送には問題が生じたかもしれない。

従来の解釈に従うと、第1の時点では自傷他害の行為がないから緊急措置入院は回避すべきであり、家族の同意による医療保護入院を優先せざるをえない。しかし、そのような力量をもった家族は稀になり、深夜入院を引き受けてくれる病院もまず期待できないのが現状である。やはり緊急鑑定を優先すべ

きであった。警察官らは旧来の伝統に従って、過去の病院ばかり探索していたのである。

この症例はいくらか劇的であるが、緊急措置入院の場合は、病状が緊急に入院する必要を強く指し示しているのであれば、むしろ自傷他害のおそれの概念を広く採り、もっと日常的な救急事例にも適用すべきである。そのような事例を5例別の論文¹¹⁾にスケッチしておいた。東京都立墨東病院の緊急鑑定例の44%は自傷他害の行為はないが、病状が著しいために放置できないと感知された人々である¹¹⁾。従来の解釈では、このような人々に対する救急医療を諦めなければならない。

III 考 察

III-a 大都市の措置入院

東京都を代表とするような大都市の措置入院は大なり小なり救急化した措置入院であることを指摘した。今日われわれは、経済措置が逡減し、救急措置が増加しつつある過渡期を目の当たりにしているのである。

全国で昭和62年を境に新規措置入院（当該年度に新たに措置入院となった者の件数）が増加している。東京都、神奈川県、千葉県において、昭和61年前後から役所の意識も指定医の意識も変化し、救急措置入院増加の意識上の準備が整えられた。ところが措置入院が実際に目立った増加を示しているのは目下のところ東京都のみである。

救急措置入院の増加には、次の三つの要件が必要と考えられる。すなわち、①精神科救急体制の十分な整備、②役所と指定医の意識の変革、③警察官通報の増加である^{脚注1)}。②の要件が3都県において同程度に満たされていることは見てきたとおりである。東京都と他の2県との間に措置入院件数の差を生じさせるのは、①と③の要件であろう。大都市に救急的措置入院の需要は相当数ある

であろう。そこに救急体制が完備されれば、警察官通報を抑制する必要もなくなる。警察が精神科救急に協力することができるようにしさえすれば、大都市の措置入院は増加するに違いない。

緊急措置入院は言うまでもなく、措置入院自体が救急化しつつある。例えば、東京都衛生局医療福祉部精神保健福祉課は都内2ヵ所に分室を設け、ここで昼間の正規の鑑定を行っているが、これもまたその大部分はやはり警察官通報に基づいているから、救急的性格が強い。自傷他害の事実があつてなおかつそのおそれがある時はもちろん、自傷他害の行為はなくてもそのおそれが明らかなきは、保護者の同意の有無にかかわらず、措置入院にするのが近年の原則である。全体としては、稀な場合に自傷他害のおそれを基礎として措置入院を断固として実施するが、その他の場合は任意入院を最優先し、医療保護入院は第3番目に考慮するのが望ましいであろう。なお、応急入院はほんらい2次救急^{脚注2)}が発展してからその効力が発揮されるものと考えられる。

小池⁵⁾は新規措置入院の都道府県格差（奈良県の人口万対0.02と東京都の万対0.86）を問題にし、「大阪で少なくて（0.20）、東京が多いのは、大都会という理由だけでは説明ができない。東京は救急の代替に措置が利用されている実態があるからであろう」と述べている。小池ほか⁶⁾もほぼ同様の見解を繰り返している。小池および小池ほかは措置入院を救急の見地から見直していないが、従って経済措置と救急措置を区別していないが、今日増加しつつある新規措置入院の大部分は救急措置であることを想起すべきである。そのような措置入院の今日および将来の増加はやはり大都市の問題なのである。にもかかわらず、大都市において新規措置入院の人口比が低いとすれば、それは精神科救急体制が完備されていないためである

注1) もちろん①と②とが揃わなければ③もないであろうから、③は完全に独立した要因ではない。澤¹⁵⁾も「システムがないとニードも抑えられるがシステムがあるとニードが増える」という関係を指摘している。

注2) 厚生省は精神科に3次救急を認めず、これをも2次救急で間に合わせようとしている。本文の2次救急はわれわれの言う意味¹³⁾による。簡単に言えば、医療保護入院も可能な救急診療である。

う。小池ほかの指摘するとおり、東京都と大阪府は大都市として「ほぼ類似の条件を備えている」。大阪府のみならず神奈川県、千葉県も同様である。これら府県の新規措置入院が東京都に比して著しく低いのは、精神科救急の体制がいまだ完備に至らないために、警察官通報が抑制されているからであろう。緊急措置入院の必要な人々が放置されているか、またはこれらに対し警察官職務執行法が発動されているのではなからうか。「精神保健福祉法詳解」⁸⁾は警察官職務執行法による保護よりも「当然本人の医療保護に重点を置く緊急措置入院を発動すべきものである」としているが、この考え方が正しい。

これからは措置入院のもっとも主要な役割は精神科救急であり、その件数は将来都市部において、救急体制の整備に応じて増加すると考えられる。神奈川県も大阪府も千葉県も東京都が歩んだ道をいくらか遅れて歩き始めたのである。それは大きな目で見れば時間差であるが、小池ほか⁹⁾が推定しているように、「措置適用の判断基準の著しい差をも含め、都道府県ごとの精神医療システムのあり方に強く規定されている」と考えてもよからう。ただし、小池⁹⁾が「東京は救急の代替に措置が利用されている実態がある」というのは必ずしも正しくない。東京都の緊急措置入院および措置入院の大部分は、救急の代替ではなくて一種の救急そのものである。それゆえこの論文では救急措置と呼んできた。将来2次救急が発展しても、患者の病状その他の明らかな差¹⁾からして、今日の救急措置の多くが2次救急によって取って代わられるとは考えにくい。

緊急措置入院の制度の利点は、警察官等が患者と思しき人を保護して、これを救急担当病院に確実に搬送できることである。紹介されているところによれば、カナダのバンクーバーではカー87に警察官と看護婦が同乗して夜間も市内を巡回し、患者を病院まで搬送することができるという³⁾。両職員の役割分担がどのようなになっているかは不明であるが、警察官の警察権限に看護婦の医療的助言の組み合わせであるとすると、我が国の緊急

措置入院制度の現状よりは優れているであろう。それは症例Aを第1時点で保護することを確実にしたと思われる。

III-b 措置入院および緊急措置入院の基準

措置要件が揃っておれば、保護者の同意の有無にかかわらず、措置入院とするのが今日の原則である。緊急措置入院についても同様であり、入院要件に絞りを掛けるのは、自傷他害の行為によってではなく病状の態様によるのである。

ところが、昭和40年の厚生事務次官通知らしい、第29条の2の解釈として緊急措置入院に自傷他害の行為を要求する誤った解釈が継承されていて、これに異論を唱える者がいない。しかし、東京都で見ると、この解釈を厳格に実行している指定医は筆者の知る限りいないように見える。東京都立墨東病院でも緊急措置入院のかなりの部分に自傷他害の行為はなかった。むしろ必要な救急入院を確保するために、自傷他害のおそれを拡大的に解釈していた。

そもそも緊急措置入院の要件として自傷他害の行為を要求するような解釈は、第29条の2の条文から必然的に導かれるようなものでない。第29条の2は明らかに救急入院のための条項であるから、むしろ上記のような解釈は条文の本旨に反するのである。「直ちに入院させなければ」自傷他害の「おそれが著しい」というのは、精神障害者の病状がそれほど深刻または激症であると解することができるし、そのことによって緊急措置入院に適切な絞りを掛けることもできる。さらに、法的見地からは72時間の制限があり、その間に正規の鑑定(審査)をする手当もしてある。そういう次第であるから、精神科救急の事態に際して、「まず医療、次いで間髪を入れず法的手当」という、精神科救急の原理¹²⁾に沿うことができるのである。

精神科救急、とりわけ3次救急をこれから発展させるためには、このような新しい解釈を普及させることが必要である。現実に合わせて法の解釈を歪めるのではなく、精神科救急の不十分な現実

を改善し、救急医療の必要に応えるために、法律が本来的にもっていた正しい意図を引き出して、現下の要請に応えるのでなければならない。そのために、既に述べたことから明らかであるが、第29条の2について以下の原則を認めるべきであろう。

①救急入院のための規定である。

②手続的安全については措置期間の制限とこの間の審査がある。

③手続的安全を自傷他害の行為に求めるのは矛盾である（救急の原理に反する）。

④“救急医療の初期は医療モデル、次いで法律モデル”の順序が適切である。

⑤自傷他害のおそれの中に、例えば、重症の救急ケースであれば、無保護放置（Verwahrlosung）、重症能力不全状態（grave disability）を含める。

大都市で精神科救急を担っている指定医の多くは、この原則に従って仕事をしているであろう。断るまでもなく、法律の条文に最終的な判断を下すのは裁判所の仕事である。しかし、この領域では裁判が起りにくいから判例もない。厚生省は時代の要請にもっと注意の目を向けるべきである。そうでなければ、現代の精神科救急の実情を理解し、その正しい推進に責任を持つ気概がない、と疑われても仕方がない。救急医療の第1線にある指定医が、医療の本質と第29条の2の条文に従って実践を重ねている時に、しかるべき理由もなく厚生省自身がこれに反する解釈を採用し続けるのは背理だからである。

あとがき

近年の措置入院は、経済措置と救急措置に分けて分析すべきである。奈良県のように両者がほとんど不要らしい地方もあり、東京都のように経済措置が消滅して救急措置が必要物として台頭してきた地方もある。神奈川県、千葉県、大阪府でも、救急体制が整備されるにつれて、救急措置が台頭してくるであろう。各地方で救急の研究が進められるよう願っている。

謝辞

千葉県の資料収集については、同県精神科医療センター計見一雄所長、同県精神保健福祉センター矢野徹所長、神奈川県資料収集に際しては、北里大学東病院精神科中島節夫助教授、同県衛生部保健予防課助川征雄課長代理の各氏のお手を煩わせた。記して深甚の謝意を表わします。

文 献

- 1) 飛鳥井 望, 西山 詮, 三宅由子ほか: 精神科救急の実態——首都圏7施設共同一斉調査の結果から——. 精神経誌, 96; 122-137, 1994
- 2) 千葉県衛生部保健予防課: 事業概要. 平成4—8年度. それぞれ「精神病患者医療事業」の「措置入院」の小節を参照した.
- 3) 桂川修一, 黒木宣夫, 駒橋 徹: バンクーバー地域医療における精神科救急. 精神科救急, 1; 54-57, 1998
- 4) 神奈川県衛生部保健予防課: 精神保健の現状. 昭和63—平成7年度. それぞれ「申請・通報・届出及び精神保健診察数」または「通報等件数及び精神保健診察件数の推移」の表を参照した.
- 5) 小池清廉: 医療の質を高めるために. 精神経誌, 100; 1032-1038, 1998
- 6) 小池清廉, 普天間 健, 森 俊夫ほか: 国公立病院精神科の医療機能分析. 精神経誌, 101; 277-296, 1999
- 7) 厚生事務次官通知: 精神衛生法の一部を改正する法律の施行について（依命通達）. 昭和40年8月25日厚生省衛発第184号
- 8) 厚生省精神保健福祉法規研究会監修: 精神保健福祉法詳解. 中央法規出版, 東京, p.188, 1998
- 9) 公衆衛生法規研究会編集: 精神衛生法詳解. 中央法規出版, 東京, p.76, 1976
- 10) 西山 詮: 東京都の精神科救急と都立墨東病院精神科. 病院, 39; 168-171, 1980
- 11) 西山 詮: 堅い精神科救急（緊急鑑定）の実態と改革. 精神経誌, 86; 89-119, 1984
- 12) 西山 詮: 精神保健法の鑑定と審査. 新興医学出版社, 東京, p.149, 1991
- 13) 西山 詮: 精神科救急医療の現状と改革. 精神医学, 38; 232-244, 1996
- 14) 大谷 實: 精神保健福祉法講義. 成文堂, 東京, p.110, 1996
- 15) 澤 温: 大阪府とさわか病院の精神科救急医療システムの現状と問題点——特に精神科救急医療へのアクセスに関するシステムについて——. 精神経誌, 100; 947-

951, 1998

- 16) 精神病院長・精神保健指定医会議 (千葉県). p. 17, 平成 9 年度
- 17) 篠崎英夫: 厚生省の精神科救急医療システム構想. 精神科救急, 1; 3-10, 1998
- 18) 墨谷 葵: 精神衛生法における入退院上の問題点. 精神医療と法 (大谷 實, 中山宏太郎編), 弘文堂, 東京, p. 59-76, 1980
- 19) 東京都衛生局医療福祉部精神保健福祉課: 東京都の精神保健福祉 (平成 10 年版). p. 35, 1999
- 20) 東京都衛生局医療福祉部精神保健福祉課: 東京都

の精神保健福祉 (平成 7-9 年版), 東京都の精神保健 (昭和 63-平成 6 年版), 東京都の精神衛生 (昭和 50-62 年版). それぞれ「措置入院」の章に掲げられた「申請通報届出受理及び鑑定 (または診察) 実施状況」の表を参照した.

- 21) 東京都立中部総合精神保健福祉センター: 東京都の精神保健福祉活動資料 (平成 10 年度版). p. 57, 1998
- 22) 渡辺恵一: [緊急措置入院] 第 29 条の 2. 条解精神保健法 (編集代表大谷 實), 弘文堂, 東京, p. 149-151, 1991