

201027018A

厚生労働科学研究費補助金

障害者対策総合研究事業

精神障害者への対応への 国際比較に関する研究

平成 22 年度 総括・分担研究報告書

主任研究者 中根 允文

平成 23 (2011) 年 3 月

2011.4.7

正誤表

本報告書において、研究費補助金の対象研究事業分野の詳記において誤記がありました。関係者にお詫びしますと共に、当該記載に係る記載を下記のように読み替えていただきますようお願いいたします。

誤 障害保健福祉総合研究事業

正 障害者対策総合研究事業

主任研究者 中根 允文

目 次

I. 総括研究報告書

- 精神障害者への対応への国際比較に関する研究（総括）…………… 1
主任研究者 中根 允文

II. 分担研究報告書

A. 海外諸国における入院システムについて

1. 海外における精神科入院医療制度について…………… 11
伊藤 弘人 ほか
2. 英国における非任意入院手続きの実際…………… 22
西田 淳志 ほか
3. 欧米を主とした諸外国の精神保健医療福祉政策の調査、評価…………… 28
—東アジア諸国の精神保健対策日における欧米の影響と独自性—
竹島 正・趙 香花
4. オランダにおける強制治療および保護者制度のあり方に関する検討…………… 42
鈴木 友理子・深澤 舞子
5. うつ病の精神医療の提供実態に関する国際比較研究…………… 48
佐々木 一

B. 国際機関関連

6. WHO Collaborating Centres の活動と役割に関する研究…………… 73
中根 秀之
7. WHO/mhGAP Intervention Guide の日本語版開発について…………… 78
中根 允文・鈴木 友理子・中根 秀之 ほか
8. 東アジア諸国における統合失調症治療…………… 81
新福 尚隆
9. 台北市における精神科リハビリテーション施設について…………… 94
川口 貞親 ほか

C. 在外邦人および在日外国人の精神障害者への対応について

10. 滞日外国人の精神保健医療福祉、法務省との連携に関する研究…………… 98
白石 弘巳 ほか
11. 在日外国人の精神科医療の実情と改善方策の検討に関する研究…………… 119
岡崎 祐士 ほか
12. 海外邦人の精神保健の現況調査と精神医療サービスの分断に関する研究…………… 131
鈴木 満 ほか

Ⅲ. 資 料

1. 日本における精神障害の疫学治験の要約……………	135
中根 允文	
2. 海外における精神科入院医療制度について (PPT) ……	142
伊藤 弘人 ほか	
3. イタリアにおける国民医療制度 (1978.12.23、第 833 号法令) の制定 ……	145
伊藤 弘人 ほか	
4. オランダ「精神科病院 (強制入院) 法」(2004 年 6 月現在) の翻訳 ……	150
鈴木 友理子	
5. WHO/mhGAP Intervention Guide 日本語版の試み……………	193
鈴木 友理子 ほか	
 「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」研究班名簿 ……	203

I. 総括研究報告

平成 22 年度厚生労働科学研究費補助金
障害保健福祉総合研究事業（身体・知的等障害分野）
「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」

総括研究報告書

主任研究者 中根 允文（長崎大学 名誉教授）

分担研究者

伊藤 弘人（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
岡崎 祐士（東京都立松沢病院）
川口 貞親（産業医科大学産業保健学部）
佐々木 一（医療法人爽風会 佐々木病院）
白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部）
新福 尚隆（西南学院大学人間科学部）
鈴木 満（岩手医科大学神経精神科学講座）
鈴木 友理子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
中根 秀之（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻）
西田 淳志（東京都精神医学総合研究所）

研究要旨

【目的】諸外国の精神保健医療福祉制度と比較しながら、日本における関連制度改革への提言を行う。諸外国との制度比較は、まず WHO の各種プロジェクトを分析し、および主要諸国における精神保健医療福祉システム・入院医療制度から地域移行・家族支援・当事者援助・早期支援・普及啓発等に関する制度の成り立ちと現状に係る最新情報を体系的に整理する。更に、精神疾患を発症した在外邦人や在日外国人における精神障害発症の実態と対応状況を調査して、適切な対応について関係省庁の枠組みを越えて、国際的視野に立つ精神医療システムとしての課題を整理する。

【結果】WHO は mhGAP、project Atlas、AIMS project、IASC ガイドラインなどを精神保健上の主たる取り組みとしており、特に 2010 年版 Atlas は世界各国における最新の精神医療状況を網羅し、mhGAP ではその介入ガイドが公表されており、日本語版刊行を予定している。WHO 地域研究協力センターは、夫々の専門領域での疫学研究などを通して、精神医療における明らかな格差を認識させつつあり、周辺地域や他諸国と密接な連携を取る必要性を指摘している。

海外諸国及び日本における精神障害者への対応については、初年度及び本年度は、各分

担研究者が以前から関わってきた地域の情報を集約し解析した。特に、EU 諸国だけでなく、日本近隣のアジア諸国における精神障害者への医療福祉的対応について、各国の法的側面をそのオリジナルに則って比較検討した。すなわち、「非自発性入院制度」「保護者制度」などについて、関連法制度から厳密に検討し、詳細な対照表を作成しており、調査国のうち幾つかの国に同様の対応があることは判明したが、内容的には若干異なっていた。異文化圏に直面して発症した精神障害者への対応について、在外邦人の場合、渡航国や渡航目的によって対応は大きく異なること、特に現地支援システムの活用可能性に課題のあることが明らかにされた。一方、在日外国人への対応については、医療経済的問題の大きさが人的資源と共に無視できない課題であった。

A. 研究目的

諸外国の精神保健医療福祉制度を調査する国際比較研究を行い、日本の精神保健福祉制度の改革への示唆を行うと共に、精神疾患を発症した在外邦人や日本国内の外国人について、実態の分析を踏まえ適切な対応について研究するものである。制度比較については、WHO での各種プロジェクト (mhGAP, AIMS project, ATLAS) も視野に入れつつ、精神保健医療福祉システム、地域移行、家族支援、当事者活動、早期支援、普及啓発を含めた主要国制度の成り立ちと、最新情報を体系的に整理し、日本の施策の参考にする。在日外国人、在外邦人の対応については、外務省、法務省の領域も視野に入れつつ、国際的視野から精神医療システムとしての現状と課題を整理する。

よく知られている様に日本の精神医療は、民間主導で世界最大の 35 万床を超える精神病床数を有し、人口当たりの精神病床も 1 万対 29 と世界最大である。病院から地域へと精神医療の軸が推移していく過程で、欧米では、当事者の活動、家族支援、早期発見・早期支援、アンティスティグマ運動などが活発に行われるようになった。然しながら、精神医

療の行き過ぎた脱施設化は、刑務所などの司法矯正施設における精神障害者の増加、ホームレス精神障害者の増加をもたらしている影の側面も見逃せない。従って精神障害者の国際比較研究を行うに当たっては、諸外国の精神医療政策のみでなく、福祉政策、司法政策も含めて広い視野で調査を行う必要がある。さらに、医療経済の点からの検討も必要である。日本の精神医療における入院費は、欧米諸国に比して極めて安価であり、精神障害者のケアホームの費用に等しいとの試算もある。また、世界的な医療の質評価の取り組みを踏まえ、我が国に適した質評価の方策を検討するとともに、うつ病、認知症や身体合併症の対応などの課題への対応方策についても各国の取り組みを踏まえ検討する必要がある。なお、従来精神医療の国際比較研究は欧米との比較に限られてきたが、アジアの途上国を含めた、精神医療政策、サービスの検討も行いたい。世界の精神医療を検討するにあたり、途上国を含めた精神医療サービスを網羅した WHO の資料の検討が必要とされる。

本研究の重要な課題として、在日外国人、在外邦人に係る精神医療状況に関する研究

も含めている。我が国においても、グローバル化の結果、近年急速に在日外国人人口の増加がみられる。異文化で生活をする在日外国人は、急性の精神障害、うつ病、ストレス障害など精神疾患にかかる危険性が高いと知られている。在外邦人の精神医療対策の整備にも厚生労働省として、外務省、法務省との協力のもとで整備をする時期に来ている。

B. 研究方法

10名を超える分担研究者の参加を得た共同研究ということから、その方法は各分担研究者によって様々である。原則的には、各班員が行ってきた方法によって得た知見の確立、ことに本研究の目標に則って再検討し集約することとした。WHOとの関わりにおける作業は、WHO/MSD (Department of Mental Health and Substance Dependence) スタッフとの連携を密にしてアップデートな情報を収集し、日本語版への叩き台を作ることにした。精神障害者への入院処遇等に関わる資料は、本研究の対象諸国の状況についてのエキスパートからの聞き取り、および現在進行中の各種資料の収集（そして翻訳）、さらに先行研究を詳細に検討などを基本作業として表示化することにした。また、一部は関係者へのアンケート調査も行ってまとめた。

C. 結果

1. 日本における精神障害者に関する疫学データ

主任研究者は、これまでに公表されてい

る先行研究の結果や実際に施行中の諸施策を振り返り、国内における各種施策について国際比較と比較・検討するとともに、改めて予測される将来への展望に関する動向などを探った。また、精神障害者への対応を考えると、現実に精神障害者、たとえば統合失調症や気分障害などに苦悩する当事者の疫学的データを把握すべきとして、著者らによる先行研究の成果を要約して紹介した（資料の項を参照）。統合失調症の年間発生率（性別差があるが併せると人口万対2.0）、初発頭語失調症患者の約30年間に及ぶ長期転帰研究において日本からのデータは必ずしも良好と言いつつ、一方うつ病などを含む気分障害の生涯有病率は7.5%（13人に一人が罹病の可能性）であるにも関わらず、受療率は約30%に止まり、高い自殺死亡率をもたらす要因になっていることが想定された。こうした調査結果、および日本における精神科医療での入院中心主義を反映して、諸外国に比して、精神障害者に対する偏見が顕著であり、彼らと心理的・物理的に距離（Social distance）を置こうとする傾向が強く、結果的に精神疾患に罹病しても直ちには受療希求行動に発展せず、彼らの長期転帰に将来的に大きく関与すると考えられた。そこで、精神疾患患者への適切な認識と理解が重要であり、次いで彼らに対する偏見・差別を軽減する適切な啓発の必要性があることを訴えたい。一般的に、諸外国の情報、特に西欧諸国からの情報は大きく紹介される傾向にあるが、日本独自のエビデンスが国内において周知されていない状況を考えると、今少し研究者が国内での疫学知見の確立に努力す

べきであろう。著者としては、日本で得られたデータが更に海外に伝達されて、日本を含む適切な国際比較が検討・提案されることを期待しており、その端緒として自験データの英語翻訳を行いつつある。

2. 強制入院・保護者規定・非告知治療などに関する国際比較

特に、本年度は強制入院・保護者規定・非告知治療などに関する国際比較の情報・資料の収集とその解釈等について、研究班数名が合同で関わった。その詳細は、まず、分担研究者の伊藤弘人がまとめている。彼らは多くのエキスパートの協力を得ながら、諸外国から報告された先行研究を狩猟した。英国（イングランド）、フィンランド、フランス、イタリア、オランダ、韓国、中国、オーストラリア（ビクトリア州）などの非任意入院を規定する法律を確かめ、多くは日本語に翻訳などして、状況を明らかにした。保護者制度が存在するか否かについて、あるいは非告知医療などについても表示している。結論的には、親族等の申立による非任意入院制度や医師の判断による非任意入院制度が、海外諸国にあっても見られることを確認した。ただ、保護者制度に関しては、イタリアにはないが、他の諸国では存在していた。しかし、日本に見る保護者制度を全く同一でないことは確かであった。英国に関しては、西田淳志らが AMHP（Approved Mental Health Practitioner）による非任意入院手続きを詳しく解析した。オランダについては、鈴木友理子らが、これまで施行されていた Psychiatric Hospital (Compulsory Admission) Act に潜む問題点を明らかにしながら、

2011 年をめどに新法が制定される見通しにあると解説した。非自発的治療であっても、必要に応じて患者の適切な治療に関する権利を保障すること等を含む、患者の法的立場の保護、さらには社会との相互関係の原則を重視した新法への取り組みが期待されている模様である。韓国・中国については、昨年度に一部研究成果がまとめられており、今回は韓国を中心に日本・中国と 3 国間の 2000 年以降の精神保健医療福祉政策における展開について比較しながら検討している。とくに、韓国のメンタルヘルスの様相は、日本の状況に近似してきており、自殺死亡率が上昇し、高齢化率の現象も急速であり、精神医療福祉施策の抱える問題が大きくなりつつある。精神科医療における入院継続は日本より高い傾向にあるなど、今後改善されるべき問題点のあることが示唆された。韓国の精神医療制度については、岡崎祐士らのグループも現行の精神保健法が抱える問題点や、精神医療制度における二重構造（精神療養施設という形での長期入院や精神科入院施設そのものの増加、あるいは病院精神科における医療報酬上の加算など、興味深い状況を紹介している。

佐々木一は、精神疾患のうち「うつ病」だけに絞って、西欧諸国 7 カ国における国家的計画、入院医療などの医療福祉システム、および治療法などを、インターネットや印刷されている先行研究あるいは個人的関係を活用して国際比較した。

3. 国際機関関連における精神保健支援活動

WHO は、Department of Mental Health and Substance Dependence (MSD) を中心に、

Mental Health Atlas Project、WHO Assessment Instrument for Mental Health System (AIMS) Project、Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) などが準備されており、それらの世界的広がりが期待されている。そうしたなか、mhGAP については、2010 年度に介入指針 (Intervention Guide; mhGAP-IG version 1.0) が公表されており、本研究の班員数名に現物が送付されてきた。現在、数名の分担研究者 (鈴木友理子・中根秀之など) が研究協力者の協力を得て、日本語版刊行に向けて鋭意作業中である。この冊子を、インターネットに組み込ませるか、冊子として関係諸機関書に配布ないし販売するかは今後決定する予定である。Atlas Project は、2005 年版が既刊されており、WHO/MSD スタッフによると Atlas2010 版を企図して現在情報収集に努めているということであり、本研究班の最終年度には日本語版として出版したいと考えている。

長崎大学医学部精神神経科学教室は、WHO 研究協力センターとして 1989 年に指定されて 30 年を越えた。その間にさまざまな国際共同研究を実施しながら、国内に向けて WHO の情報を広く伝えてきた。こうした活動を更に周知するため、2010 年 10 月に長崎県佐世保市にて開催された九州精神神経学会において指定 30 周年記念シンポジウムを持った。その折りには、センター活動を永年に亘って支援してこられた西園昌久博士 (心理社会的精神医学研究所長) と新福尚隆博士 (西南学院大学人間科学部教授) に加えて、WHO/MSD 部長 Dr. Shekhar Saxena、および当該センターを代表して分担研究者中根秀之がシンポジ

ストとなって、これまでの業績を討論し、今後の展望が語られた。

WHO/MSD による mhGAP Intervention Guide の日本語版開発については、鈴木友理子らが中心になって日本語訳分担の計画を立て進行中であるが完了していないので、資料として一部を提示してある。

WHO 西太平洋事務局に永年勤務していた新福尚隆は、その経験を通して、REAP : Research on East Asia Prescription Pattern on Psychotropics (東アジアにおける向精神薬処方調査) を進めてきた。同研究は、2001・2004・2008 年の 3 回、共通の調査票で統一された研究プロトコールに基づき、中国・韓国・日本・香港・台湾・シンガポール、及びマレーシア・タイ・インド (2008 年調査) の研究施設の協力を得ながら、統合失調症の薬物療法に限って調査したものである。調査に協力した諸国における入院統合失調症患者への処方行動は国特有の所があったが、共通する部分も見られた。一般的に、向精神薬の処方は科学的な根拠によるというだけでなく、政府の許認可、保険制度の下での薬剤の価格、副作用、各施設での伝統、習慣、精神医療サービスのあり方で決定されることが示唆された。結果的に、調査地域における第二世代抗精神病薬の使用増加は、外来での治療を可能にして、統合失調症患者の地域医療を促進すると期待されたが、一方では新しい形の抗精神病薬の多剤併用、気分安定剤などの併用薬の使用の増加など、注意すべき処方のあり方も見られている。

川口貞親は、海外諸国の精神保健医療福祉の状況を明らかにする一助として、台湾

における精神科リハビリテーション施設・サービスの状況を調べている。特に、台北市およびその近郊の社區復健中心（職能工作坊を含む地域リハビリテーションセンター）、康復之家などを訪問して、独特の資格認定や施設状況などを具体的に明らかにした。

4. 在外邦人および在日外国人の精神障害者への対応について

このグループでは、在外邦人における精神障害者の頻度調査と処遇、および在外邦人全体への精神保健に関する先行研究の分析と新たな疫学調査を行い、一方、在日外国人の精神保健に関する疫学調査結果を基にした現状分析と将来的対応策を検討するとし、在外邦人及び在日外国人への精神保健医療サービス提供の改善に係る提言を行っていくことを目的とする。

白石弘巳らは、「滞日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題」、および「諸外国の刑務所、拘置所等司法施設における精神障害者の実態・処遇に関する調査」と題する研究を展開している。最初のテーマについては、難民支援に取り組んでいる精神科医や臨床心理士から聞き取り調査して、難民支援の実情と課題をまとめた。次のテーマについては、**prison mental health**、**jail mental health** をキーワードにしてインターネット検索し、英国を中心に米国・ドイツ・フランスなどの諸国からの情報を加えて解析し、いずれの国でも刑務所における精神障害者が増加し、その処遇をめぐる課題が深刻化していた。

岡崎祐士らは、1. 都立松沢病院入院外国人患者の調査、2. 在日大使館への外国人への

の精神科医療サービスに関する質問紙調査、および3. 韓国の精神科医療制度を、本年度に実施した。最初の研究は、日本語を母国語としない外国人で、2000年1月～2009年12月の期間に、東京都立松沢病院に入院した400人について、松沢病院診療録を後方視的に、受診経路、患者背景、症状と診断名などを調査した。発症時期のピークは3つあり、1週間以内（多い診断、急性一過性精神病性障害）、1ヶ月後（同じく、統合失調症）であった。転帰は、軽快が92%であり良好な回復を見ていた。早期受診に繋がらなかった事例でその背景を見ると、英語に対応した医療機関が少ないこと、費用、精神疾患についての知識の不足、文化・宗教の問題が推測される。また、環境の変化や異文化での生活、言語などの対人交流の困難さなどの心因が、発症に関係している可能性がうかがえた。このことは、外国人にとって受診しやすい医療体制の構築が必要である。次の、大使館へのアンケート調査結果については回答を寄せた大使館数が少なく決定的な情報を得るに至らないが、病院と大使館のスムーズな連携は、早期介入／治療効果の向上／生活環境の維持に資すると考えられ、イスラム圏を中心に、宗教文化の尊重が重視されていること、特定の相談先機関を持つ国は極めて少ないものの、医療機関に対しては、外国人専門外来・ボランティア通訳を望む声が多かった。最後のテーマである韓国における精神科医療制度に関しては既記したとおりである。

鈴木満らは、在外公館で保護された海外邦人精神科救急102事例について、国内及び海外の聞き取り調査の結果を図1のよう

に要約している。

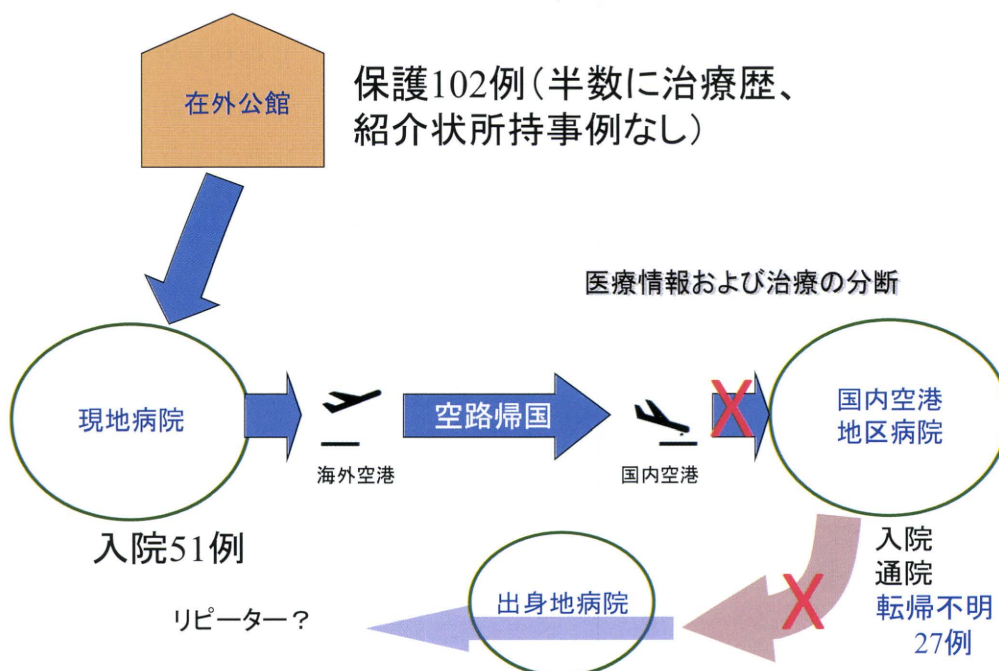


図1 外務省在外公館で保護された邦人精神科救急事例の転帰

この102例のうち、半数が現地入院となり、帰国後国内で入院したのが確認されたのが9事例、同じく通院が14事例であり、27事例は転帰不明であった。一部はリピーターとなって再渡航していることが懸念される。こうした事例の調査を通して、在外邦人の精神保健医療福祉における課題として、精神科救急事例、トラウマ関連事例、異文化適応関連事例への現地邦人コミュニティ支援および国内外医療連携などが挙げられるとした。また、精神保健サービス継続のための4つの連携として、コミュニティ内連携、コミュニティ間連携、在留先メンタルヘルス資源との連携、日本国内メンタルヘルス資源との連携などを列挙している(分担研究報告を参照)。

D. 考察

当該研究班は、多数の分担研究者及び研究協力者の協働作業によって、結果をだしつつある。その分野は大きく3つに分かれており、それぞれに次年度へ向けて資料の収集そして解析を展開している。強制入院ないし非同意入院の現況について、これまでに斯様に詳細な解析をしたものはなかったであろう。しかし、それでもなお、いわゆる関係法の解釈は翻訳以上に極めて難しく、今後さらに詳しく検討する必要がある。今年度の作業として、相当数の諸国の状況を通覧すると、イタリアや英国などは相応に優れたシステムと移るが、他の先進

国あるいはアジア圏の諸国ではまだまだ多くの問題を抱えながら、施策に取り組んでいる感がある。日本においてしばしば話題になる「保護者」制度について、次年度はさらに対象国を増やすか、これまでに得られた知見の意義を深めるかが必要であろう。

国際機関関連については、本年度末までに、決着を付けるに至らなかった話題が少なくなく、次年度の最終年に完結させたい。とくに、注目しているのは、mhGAP-IG および Atlas2010 の日本語版化である。

在外邦人及び在日外人におけるメンタルヘルス・サポートについては、昨年度及び今年度の2年間で、かなり現状把握が進展し、連携すべき領域・分野の方策も明瞭になってきたようにうつる。次年度には、かなり具体的な作業プログラムが呈示できると考える。

E. 結論

日本における精神障害者への対応について、行政上の話題だけより、当事者あるいは医療機関などさまざまな分野からの見解が提案されつつあり、確かに国家的コンセンサスを得るためには、諸外国の流れを的確に把握しておくべきであろう。今回のデータ収集は、かなり集中的に行ったつもりであるが、最終年度には、これまでのデータをもとにより理解しやすい要約として提案するように努めたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

中根允文：「精神科医療の法規則と倫理」、シリーズ生命倫理学『精神科医療』（中谷陽二・吉川和男 監修）、丸善、東京、2011（予定）。

2. 学会発表 なし

H. 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

【参考文献】

- [01] 中根允文 社会精神医学のいま、中山書店、東京、2010.
- [02] 中根允文・吉岡久美子・中根秀之 ところのバリアフリーを目指して、勁草書房、東京、2010.
- [03] 松下正明・高柳功・中根允文・斎藤正彦（編）：インフォームド・コンセント ガイダンスー精神科治療編一、先端医学社、東京、1999.
- [04] 精神保健福祉研究会（編） 我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成22年度版（2010）、太陽美術出版部、東京、2010.
- [05] 井上俊宏 近代日本の精神医学と法、ぎょうせい、東京、2010.
- [06] 中谷陽二・丸山雅夫・山本輝之・五十嵐禎人・柑本美和（編） 精神科

- 医療と法、弘文堂、東京、2008.
- [07] 田中滋・二木立（編著）医療制度改革の国際比較、勁草書房、東京、2007.
- [08] 新福尚隆・浅井邦彦（編）世界の精神保健医療－現状理解と今後の展望、第2版、へるす出版、東京、2009.
- [09] 長坂健二郎 日本の医療制度－その病理と処方箋、東洋経済新報社、東京、2010.
- [10] 精神保健福祉研究会（監修）三訂 精神保健福祉法詳解、中央法規出版株式会社、東京、2009.
- [11] 広瀬輝夫 世界の医療事情レポート－そして日本を考える、メディカルトリビューン、東京、2010.
- [12] こころの健康政策構想会議 提言書－当事者・家族・国民のニーズに添った精神保健医療政策の実現に向けた提言、東京、2010

Ⅱ. 分担研究報告

海外における精神科入院医療制度について

研究分担者 伊藤弘人 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
社会精神保健研究部長

研究協力者氏名	所属施設名
西田 淳志	東京都精神医学総合研究所
水野 雅文	東邦大学医学部
鈴木友理子	国立精神・神経医療研究センター
杉浦 寛奈	横浜市立大学精神医学教室
野田 寿恵	国立精神・神経医療研究センター
藤本 美智	National Institutes of Health
竹島 正	国立精神・神経医療研究センター
趙 香花	国立精神・神経医療研究センター

研究要旨：海外の精神科入院医療制度の法的側面について比較可能な方法で実施した調査は限られている。本研究の目的は、海外における精神科入院医療制度を非任意入院に焦点をあてて比較し、各国での入院形態や入院プロセス、家族の関与や費用負担を明らかにすることである。**対象と方法：**すでに発表されている精神科入院医療制度に関する多国間比較の調査研究結果をベースに、当該国の医療制度に詳しい研究者への聞き取りを実施した。対象国は、英国、イタリア、オランダ、フランス、フィンランド、韓国、オーストラリア（ビクトリア州）である。調査項目は、精神科入院形態とその法的根拠、入院プロセス（提案者、判断者、判断基準、権限主体等）、家族の関与（入院・退院）や費用負担（公費か私費か）である。**結果：**どの国においても非任意入院制度は存在し、イタリアとフィンランドを除いて複数の非任意入院形態（緊急・一般や評価・治療など）が存在した。入院の判断者は医師である国と行政の長である国とに分かれた。日本と類似した法制度である韓国を除いては、入院に関する家族の役割に関する記載は、入院を申請できること、非任意入院の報告を受けること、そして入院中の本人の権利を確保することのみ確認できた。非任意入院の費用は、韓国を除いては公費で支払われていた。**結論：**各国には非任意入院制度が存在していたが、判断者や支払いなどの制度運営は、各国の制度的背景と連動して多様であった。非任意入院制度については、各国で合意の得られる範囲で、より制限的でない処遇となるよう、それぞれの国で工夫が続けられていることを、本研究結果は示している。

A. 研究目的

精神科入院医療は、非任意入院が法的に位置づけられているという点で、特徴的な入院である。また、非任意入院の決定プロセスは、家族の関与の有無など、当該国の社会制度に影響されることが知られている。

精神科入院医療における法的側面については、国ごとに特徴があるため、その特徴を整理する

ことはこれからのわが国におけるあり方を検討する上で必要な資料となる。しかし各国の制度を比較可能な方法でまとめる調査は限られている。

本研究の目的は、各国における精神科における非任意入院制度を同じ基準で整理することである。

B. 研究方法

調査は、2つの方法で進めた。第1に、すでに発表されている多国間比較の調査研究結果をまとめた。検索の結果、学術誌において、精神科入院医療制度を多国間で調査した研究報告には、次の3報¹⁻³⁾を見出すことができた。

- 1) Saize HJ, et al. Br J Psychiatry 184: 163-168, 2004.
- 2) Dressing H, et al. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39: 797-803, 2004.
- 3) Kallert TW, et al. Int J Forens Ment Health 6: 197-207, 2007.

第2に、それぞれ注目されている国に詳しい研究者へ調査の協力を依頼した。各研究者は、それぞれの国の研究者へのヒヤリングなどを通じて最新の状況を把握した。調査国および研究協力者は次の通りである。

<英国 (イングランド) >

西田淳志研究員 (東京都精神医学総合研究所)
協力: 安藤俊太郎先生 (ロンドン大学精神医学研究所)

<イタリア>

水野雅文教授 (東邦大学)

<オランダ>

鈴木友理子室長 (国立精神・神経医療研究センター)

<フランス>

杉浦寛奈医師 (横浜市立大学精神医学教室)
協力: Dr. Pierre Bastin (Mental health advisor, Médecins Sans Frontières)

<フィンランド>

野田寿恵室長 (国立精神・神経医療研究センター)

<韓国>

竹島正部長・趙香花研究員 (国立精神・神経医療研究センター) および
藤本美智子先生 (National Institutes of Health)

<オーストラリア (ビクトリア州) >

竹島正部長 (国立精神・神経医療研究センター)

上記2段階でのまとめを総合して、各国での状況を整理した。本調査は、各国の法制度を公表された資料に基づいた調査であるものの、倫理的配慮に注意しながら研究を進めた。

C. 研究結果 (資料参照)

1) 英国 (イングランド)

英国における入院類型ごとの特徴を表1に示す。英国では、入院医療制度はMental Health Actで規定されていた。入院形態は、(1)評価入院、(2)治療のための入院、(3)緊急評価のための入院、(4)入院中患者の非同意入院の4種類である。

表1. 入院の類型ごとの特徴

型	名称	概要	目的	対象者(全てを満たす)	権限の主体
1	評価のための入院	最長28日間	評価	・精神障害に罹患しており、評価のための入院が必要。 ・自身の健康または安全、もしくは他者の保護のために入院が必要。	2名の医師 (うち1名は国家承認を受けた精神科医)
2	治療のための入院	最長6ヶ月間 (最初5ヶ月間延長、以後1年間の延長)	治療	・精神障害に罹患しており、治療のための入院が適切。 ・適切な治療が存在する。 ・自身の健康または安全、もしくは他者の保護のために、入院環境下でないと受けられない治療が必要である。	2名の医師 (うち1名は国家承認を受けた精神科医)
3	緊急評価のための入院	最長72時間	緊急	・評価のための緊急入院が必要 ・2人目の医師を持つことが「望ましくない遅れ」をもたらす	1名の医師
4	既に入院している患者の非任意入院	最長72時間	緊急	・(型1や2による)評価や治療のための入院がなされるべき	1名の医師 または 国家承認を受けた精神保健従事者

東京都精神医学総合研究所 西田淳志研究員資料
協力: ロンドン大学精神医学研究所 安藤俊太郎先生

非任意入院の判断や同意を行う者と手続きに関しては、それぞれの入院の判断者、提案者、決定者と手続きを表2に示す。提案者で注目すべきは、直近の親族が、評価・治療・緊急評価のための入院において明示されていることである。判断者は主に医師であるということも特徴であった。

表2. 非自発的入院の判断や同意を行う者と手続き

型	名称	判断者	提案者	決定者	手続き
1	評価のための入院	2名の医師 (うち1名は国家承認を受けた精神科医)	・地域で承認された精神保健従事者 ・直近の親族	(判断者と同じ)	判断者と提案者が病院に書類を送る
2	治療のための入院	2名の医師 (うち1名は国家承認を受けた精神科医)	・地域で承認された精神保健従事者 (直近の親族が反対しない場合) ・直近の親族 ・州裁判所(強制退去)	(判断者と同じ)	判断者と提案者が病院に書類を送る
3	緊急評価のための入院	1名の医師	・地域で承認された精神保健従事者 ・直近の親族	(判断者と同じ)	判断者と提案者が病院に書類を送る
4	既に入院している患者の非任意入院	1名の医師 または 国家承認を受けた精神保健従事者	該当なし	(判断者と同じ)	判断者が病院に書類を送る

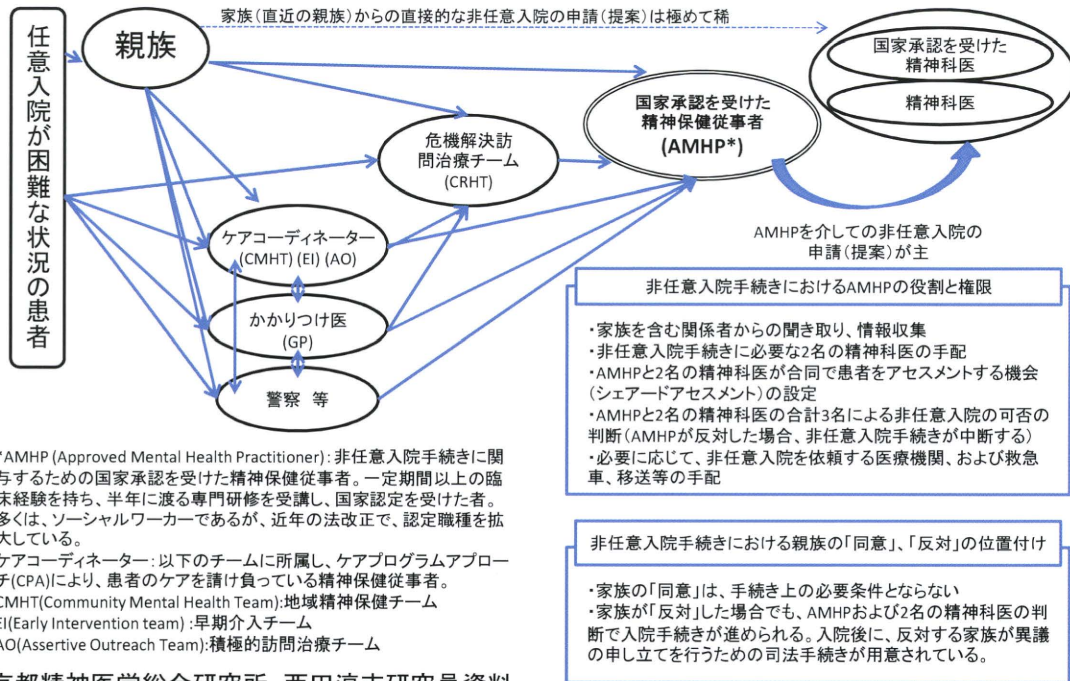
東京都精神医学総合研究所 西田淳志研究員資料
協力: ロンドン大学精神医学研究所 安藤俊太郎先生

なお、非任意入院の手続きにおいては、国家承認を受けた精神保健従事者 (Approved Mental Health Practitioner: AMHP) の役割が大きいことが明らかになった。AMPHは、一定期間以上の臨床経験を持ち、半年にわたる専門研修を受講して国家認定を受けた者を意味する。多くはソーシャルワーカーであるが、近年の法改正で、認定職種を拡大していた。図1に示す通り、非

任意入院の申請・提案は、AAMPが行うことが一般的であった。親族も、危機解決訪問治療チーム、ケアコーディネータ、かかりつけ医や警

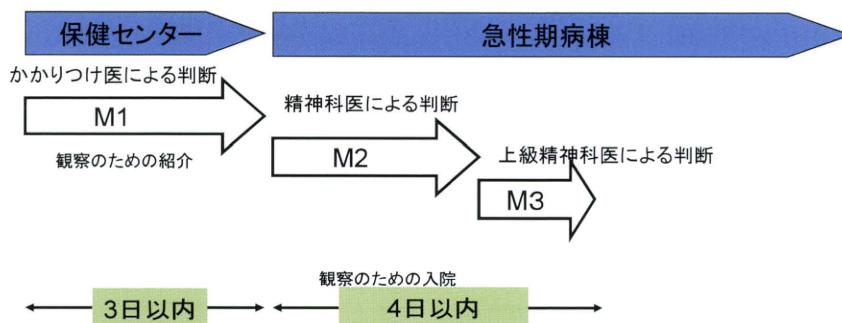
察も、実際は、AAMPを通して非任意入院の申請・提案を行っていた。

図1. AMHP*が起点となる非任意入院手続きの概略



東京都精神医学総合研究所 西田淳志研究員資料

図2. 非任意入院のプロセス



非任意入院は最長3ヶ月まで。

3ヶ月を超える場合はsenior psychiatristによる書面(M3)によって県に報告しなければならない。

6ヶ月を超える場合は、上図のM1, M2, M3を経なければならない。

同意入院患者の退院制限があった場合、4日以内にM3を行わなければならない。

国立精神・神経医療研究センター 野田寿恵室長資料

2) フィンランド

フィンランドでは、Mental Health Act (Mielenterveyslaki) によって入院形態が定められていた(表3)。非任意入院には、(1)精神疾患の存在、(2)治療をしなければ重症化することないし本人ないし他者への安全が守れないこと、そして(3)他の治療では不十分であることのすべてが満たされる必要がある。フィンランドでは、自治体によって医療圏が設定され、すべてが公的制度である。

表3. 入院の類型ごとの特徴

名称	概要	目的	対象者	権限の主体
Involuntary treatment (非任意治療)	段階1: (地域医療を担当する)医師(遠くで精神保健センター)による警察のための入院の指示 段階2: 精神科病院で電報を担当する医師による緊密結果の記述もし不適であれば直ちに入院 段階3: 前者で適切という判断であれば、精神科を専門とする主任医師による非任意入院の決定	記述なし	・精神疾患である ・治療をしなければ重症化する、ないし本人ないし他者への安全が守れない ・他の方法では不十分	段階1: 地域の医師 段階2: 精神科病院での担当医師 段階3: 精神科を専門とする主任医師

非自発的入院の判断や同意を行う者と手続き

名称	非任意入院の判断者	同意者	決定者	手続き
非任意治療	精神科を専門とする主任医師が最終の判断を行う	なし	主任精神科医	

国立精神・神経医療研究センター 野田寿恵室長資料

非任意入院は3段階で行われていた。非任意入院のプロセスを、図2に示す。非同意入院のための診断は、かかりつけ医による判断によるM1、精神科医によるM2、そして上級精神科医によるM3で分類されていた。それぞれの受け入れ施設や期間も明確となっていた。

3) フランス

フランスでは、非任意入院はLoi du 27 juin 1990で規定されている。入院の類型ごとの特徴を表4に示す。入院形態は4種類である。すなわち、(1) Hospitalisation d'office、(2) Hospitalisation d'office si danger imminent、(3) Hospitalisation a la demande d'un tiers、

(4) Hospitalisation d'extreme urgenceである。

権限主体を見ると、行政官が権限を持つ場合と、精神科医が権限を持つ場合があることが特徴的であった。

表4. 入院の類型ごとの特徴

名称	概要	目的	対象者	権限主体
1 Hospitalisation d'office (Article L.3213-1)	危険状態(警察等が作成)および精神疾患の既往歴 通院:司法判断および精神科医の助言	公衆の安全および個人の安全を守る	自傷他害の恐れのある者	行政官 (Prefet)
2 Hospitalisation d'office si danger imminent (Article L.3213-2)	危険状態(警察等が作成)および精神疾患の既往歴 通院:司法判断および精神科医の助言 期間:48時間	公衆の安全および個人の安全を守る	自傷他害の恐れのある者	行政官 (Prefet)
3 Hospitalisation a la demande d'un tiers (Article L.3212-1)	(1)保護者からの入院要請書、(2)医師による入院加療必要証明書、および(3)その証明書に同意する別の医師による同意書(すべて15日以内に作成されたもの) 通院:精神科医1人の判断	迅速な加療	緊急の加療が必要であり、生涯に渡る医療的指導が必要な者で同意能力がない者	精神科医
4 Hospitalisation d'extreme urgence (Article L.3212-3)	(1)保護者からの入院要請書、および(2)医師による入院加療必要証明書 通院:精神科医1人の判断	迅速な加療	緊急の加療が必要であり、生涯に渡る医療的指導が必要な者で同意能力がない者	精神科医

杉浦寛家医師(横浜市立大学精神医学教室)
作成協力:Dr. Pierre Bastin (Mental health advisor, Médecins Sans Frontières)

入院の申し立て者には、行政官、警察、そして保護者があり、申し立てを受けて医師が提案をし、行政官もしくは医師が決定することになっていた(表5)。

表5. 非自発的入院の判断や同意を行う者と手続き

型	名称	申立者	同意者(提案者)	決定者	手続き
1	Hospitalisation d'office,	行政官 (Prefet)	入院施設とは異なる施設所属の医師1人	行政官 (Prefet)	入院後24時間、15日、1ヶ月のタイミングで精神科医が入院再評価
2	Hospitalisation d'office si danger imminent	警察	入院施設とは異なる施設所属の医師1人もしくは行政官 (Prefet)	行政官 (Prefet)	24時間以内に医師が入院継続を評価入院後24時間、15日、1ヶ月のタイミングで精神科医が入院再評価
3	Hospitalisation a la demande d'un tiers	保護者	入院施設とは異なる施設所属の医師1人	入院施設所属の医師1人	入院後24時間、15日、1ヶ月のタイミングで精神科医が入院再評価
4	Hospitalisation d'extreme urgence	保護者	入院施設とは異なる施設所属の医師1人 決定者	入院施設とは異なる施設所属の医師1人	24時間以内に精神科医が入院継続を評価入院後24時間、15日、1ヶ月のタイミングで精神科医が入院再評価

杉浦寛家医師(横浜市立大学精神医学教室)
作成協力:Dr. Pierre Bastin (Mental health advisor, Médecins Sans Frontières)

4) イタリア

イタリアの非任意入院制度を規定しているのはLegge 180 (法 180号) : 1978年であった。次の要件を満たす場合は、市長同意文書が発行される。すなわち、(1)精神疾患の存在、(2)治療必要性、(3)患者が治療を拒否、(4)強制入院以外の選択肢がない、(5)公的施設勤務する別の医師の判断も同様であるという要件である。

イタリアの入院制度は簡素で、非任意入院は、主治医および別の公立病院医師の判断により、市長が入院決定を行う1類型があるのみである(表6)。

表6. 入院の類型ごとの特徴

名称	概要	目的	対象者	権限主体
任意入院	本人の任意による	治療	全精神障害者	
非任意入院	下記	強制治療	同上	市長

非任意入院の判断や同意を行う者と手続き

名称	判断者	同意者	決定者	手続き
非任意入院	主治医+別の公立病院の医師	医師2名のみ	市長	市長の発行書類

東邦大学医学部 水野雅文教授資料

5) オランダ

オランダでは、Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Actで非任意入院が規定されていた。入院の要件は、(1)精神疾患の存在、(2)精神疾患のために本人自身に危険、(3)入院以外では回避できないことである。

オランダには、表7で示す通り、入院の仮命令、収容延長命令、そしてこの二つの類型で危険が切迫している場合の緊急命令の3類型が存在した。

オランダでは、非任意入院の判断や同意手続きについて、仮命令は、配偶者、親、保護者が請求し、裁判所が決定するという流れが

記載されていた(表8)。一方、緊急性がある場合は、医師が判断して、決定した市長が配偶者や近親者へ通知する努力が示されていた。

表7. 入院の類型ごとの特徴

名称	概要	目的	対象者	権限の主体
Interim order (仮命令)	段階1: 配偶者、親、保護者の仮命令請求 段階2: 治療に關与していなかった精神科医による申告 段階3: 検察官による仮命令請求 段階4: 裁判所による対象者の審問、専門家等の召喚、審理、決定	記述なし	・精神疾患が対象者自身にとつての危険に該当 ・危険を精神科病院以外の者又は施設の介入によつて回避できない	裁判所(検察官の申立て)
Further detention order (収容延長命令)	段階1: 対象者が入院している精神科病院の医師による申告書の添付 段階2: 検察官による申立て(申告書に治療計画を添付) 段階3: 病院の裁判所管轄区域の裁判所が4週間以内に決定	記述なし	・精神疾患の継続と、対象者にとつての危険の持続 ・当該危険を精神科病院以外の者又は施設の介入によつて回避できない	裁判所(検察官の申立て)
Provisional detention and provisional detention extension order (仮収容及び仮収容延長命令)	対象者の条件を満たすものに対して、市長(または委任者)は仮収容を命令することができる。 対象者が精神科病院に入院した場合、市長の指名を受けた者は、命令(仮収容)の写しを手渡すものとする。	記述なし	・対象者が危険に該当 ・精神疾患が対象者の危険の原因であると考える十分な理由がある ・当該危険が差し迫っているため、仮命令の申立を待つ時間がない ・当該危険を精神科病院以外の者又は施設の介入によつて回避できない	・市長(権限の遂行の市金職員への委任が可能) ・市長(仮収容命令の執行、精神疾患を有する者のケアに關する平穩経験者の支援を受けて設置業務の遂行の担当職員に委任) 市長からの指名者は、自他に危険のおそれのある物品を、対象者から取り上げることができる。また対象者の暴行又は身体を侵害する権限を有する。

国立精神・神経医療研究センター 鈴木友理子室長資料

表8. 非任意入院の判断や同意を行う者と手続き

名称	非任意入院の判断者	請求者	決定者	手続き
Interim order (仮命令)	治療に關与していなかった精神科医による申告、裁判所による対象者の審問、専門家等の召喚、審理	配偶者、親(一方、または両方)、保護者	裁判所	検察官から請求を受けて裁判所が命令
Provisional detention and provisional detention extension order (仮収容及び仮収容延長命令)	精神科医(できれば患者を治療していない精神科医)、又は精神科医がない場合は精神科医以外の医師(できれば患者を治療していない医師)が、証明できる申告をするまでは、市長は仮収容を命令してはならない。申告を行う医師が精神科医ではない場合は、可能であれば、事前に精神科医(対象者が精神科医による治療を受けている場合は、できれば当該精神科医)に相談するものとし、申告を行う医師が当該患者の一般開業医ではない場合は、可能であれば、事前に当該一般開業医に相談するものとする。重篤の文に定める相談が行わなかった場合には、申告を行う医師は、相談を行わなかった理由を述べるものとする。	対象者が入院した場合、市長は、仮収容命令で対象者を入院させた場合、可能であれば、対象者の配偶者、法定代理人及び近親者に通知する	市長	

国立精神・神経医療研究センター 鈴木友理子室長資料

入院ではないが、オランダの法律で、強制力をもつ形態が明記されていた(表9)。「条件付命令」とは、精神科病院以外での管理が可能な場合を定めているものである。条件付き命令の判断や同意の手続きは、精神科病院以外での管理は6か月の有効期間があり、命令条件を対象者が遵守しなかった場合は、精神科病院への入院させるといったものであった。