

表9. 参考: 一定条件下で入院の強制力をもつ治療形態

名称	概要	目的	対象者	権限の主体
Conditional order (条件付き命令)	段階1: 治療に關与していない精神科医による申告 段階2: 裁判所は、主治医が対象者と協議のうえ作成した治療計画を審査 段階3: 裁判所による条件付き命令を申立て 段階4: 裁判所による治療計画の審査、条件付き命令の決定	記述なし	・対象者の精神疾患が危険の要因である ・精神科病院(精神科医)が通知又は裁判所(裁判所)から請求 ・(一定のもの)以外で、一定の条件下で十分に管理できるものであること。	裁判所(裁判官からの請求)
Observation order (観察命令)	定義: 対象者を精神科病院に入院させ留置することを義務づける命令(治療計画の決定) 条件: 裁判所が、対象者が精神疾患のため対象者自身にとって危険であると十分な根拠が存在すると判断した場合	記述なし	・対象者が精神疾患に罹患していること ・かかる疾患のため、対象者が対象者自身にとって危険であること。	裁判所(裁判官からの請求)

非任意入院の判断や同意を行う者と手続き

名称	治療の判断者	同意者	決定者	手続き
Conditional order (条件付き命令)	有効期間: 6ヶ月(1年ごとの更新) 治療計画には、命令条件が対象者が遵守しなかった場合(又は条件の遵守状況からみて精神科病院外では危険を十分に管理することができなくなった場合)に対象者を入院させる精神科病院の名称を記載する上記の場合(または入院を要求した場合には、精神科病院の代表は、当該病院に本人を入院させるものとする。 入院は、事前に対象者に対する意見を述べ意見を聞き、又は治療に關与していない精神科医が評価して対象者の入院を承認する旨の申告書を治療提供者に提出するまでは、開始してはならない。	対象者本人 裁判所(裁判官)からの請求 対象者の地位の口頭による説明 治療提供者は、対象者の同意を得て、治療計画を要するに代わる法律正治療計画を、裁判所及び当該裁判所に提出し、裁判所に送付する。	裁判所(裁判官からの請求)	対象者又は治療提供者は、命令の条件の違反又は別の治療提供者の任命を裁判所に申し立てることを治療計画に書いて請求することができる。 裁判所が入院決定した場合には、条件付き命令を仮命令として取り消す。

国立精神・神経医療研究センター 鈴木友理子室長資料

6) 韓国

韓国では、精神保健法によって非任意入院が規定されていた。韓国では、非任意入院には、保護義務者による入院、市長・郡守・区庁長による入院、および応急入院があった(表10)。

(1) 保護義務者による入院は、精神科専門医の診断、保護義務者2人の同意で精神医療機関の長は6ヶ月間入院させることができる入院である。(2) 市長・郡守・区庁長による入院は、精神科専門医または精神保健専門要員の申請により2週間入院させることができる入院である。(3) 応急入院は、医師および警察官の依頼により、精神医療機関の長は72時間を限って入院させることができる入院である。なお、仮退院や通院措置の制度も、精神保健法上で規定されていた。

表10. 韓国の精神科入院制度

- 任意入院(自意入院)
- 非任意入院(括弧内は、判定者・実施者・その他条件)
 - ①保護義務者による入院(精神科専門医の診察、保護義務者の同意、精神医療機関の長による入院、6ヶ月以内)
 - ②市長・郡守・区庁長による入院(精神科専門医または精神保健専門要員が診断および保護を申請、2週間以内)
 - ③応急入院(医師および警察官の同意により入院を依頼、精神医療機関の長が72時間において入院させることができる。警察官は精神医療機関まで護送)
- 仮退院: ①、②の場合、2人以上の精神科専門医により仮退院が可能。市・道知事は①では6ヶ月、②では3ヶ月退院後の経過観察が可能。いずれも2名の専門医により3か月間の再入院が可能。これらは大統領令で定める。
- 通院措置: 精神医療機関の長は、保護義務者の同意を得て、一年以内の通院命令を市・道知事に請求することができる。
- 根拠法: 精神保健法

出典: 藤本美智子医師資料(National Institutes of Health)
加筆: 趙善花研究員(国立精神・神経医療研究センター)

7) オーストラリア(ビクトリア州)

オーストラリア(ビクトリア州)ではMental Health Bill 2010 (Exposure Draft)によって非任意入院は規定されていた(表11)。入院要件は、(1) 対象者が精神疾患に罹患していること、(2) 治療により、病状悪化防止または軽減が期待できること、(3) 精神病ゆえに対象者に治療についての正常な判断能力が失われていること、(4) もし拘束しなければ深刻な自傷他害または状況悪化の恐れがあること、(5) 他のより緩い手段では代替できないことである。

表11. 非同意入院制度に関する法律

- 法律の名称:
 - Mental Health Bill 2010 (Exposure Draft)
- 非同意入院に係る法律構成(条項の抜粋):
 - Part 5 Compulsory patients
- 入院治療命令に関する条文の抜粋:
 - clause 70 Criteria for Inpatient Treatment Orders
入院治療命令に必要な基準は以下の通りである。
 - 対象者が精神疾患に罹患している
 - 治療により、病状悪化防止または軽減が期待できる
 - 精神病ゆえに対象者に治療についての正常な判断能力が失われている
 - もし拘束しなければ深刻な自傷他害または状況悪化の恐れがある
 - 他のより緩い手段では代替できない
 これらの項目の目的は以下の通りである。
 - 強制的命令には精神疾患の診断が必要であることの明確化
 - 精神病患者が判断能力を有するとの推定の維持
 - 強制的な命令による影響やリスクの特定
 - 他のより緩い代替手段の検討
 - 拘束・強制治療が有する侵害的な性格の認識
 - 強制治療は様々な要件を満たした強制的な命令の下でのみ行われることの確保
 入院治療命令の有効期限は最大28日である。命令は、条件が満たされなくなれば、直ちに解消しなければならない。

国立精神・神経医療研究センター 竹島正部長資料

表12. 入院治療命令の特徴

名称	概要	対象者と目的	権限主体
Inpatient Treatment Order	1. 拘束・強制治療には精神疾患の診断が必要。診断が直ちに得られない場合、評価命令が必要 2. 評価命令が出されれば対象者を認可された精神保健施設に移送。そこで認定された精神科医が入院治療命令、コミュニティ治療命令、評価命令取消のいずれかを選択 3. 強制治療命令の期限切の15日前までに、認定された精神科医は強制治療の是非を判断し、続ける場合は治療延長審査部に諮る 4. 連続3ヶ月間強制治療する場合、セカンドオピニオンの精神科医による委員会での検討が必要 5. 中立なレビュー職員が、手順順守の確認や法的な助言のため、対象者に定期的に面会 6. 正常な判断力を有する時期に残した事前の要望があれば、可能な限り配慮される。やむを得ず事前要望と異なる処置を施す場合は、患者、保護人、メンタルヘルスコミッショナーに書面理由を示す	以下の全条件を満たす者への治療を確保するのが目的 ・精神疾患に罹患している ・治療により、病状悪化の防止または軽減が期待できる ・精神病ゆえに治療についての正常な判断能力が失われている ・もし拘束しなければ深刻な自傷他害行為または状況悪化の恐れがある ・他のより緩い手段では代替できない	・評価命令、医療または精神保健の登録された専門家 ・入院治療命令、コミュニティ治療命令、評価命令取消: 認可された精神保健施設の認定された精神科医 ・セカンドオピニオンの精神科医による委員会、およびレビュー職員は、Minister of Health により推薦により Council が指名

国立精神・神経医療研究センター 竹島正部長資料

表12に示す通りビクトリア州の法律では、まず精神疾患の診断のための評価命令が必要となる。評価命令が出されると精神保健施設に移送され、認定された精神科医が入院

治療命令、コミュニティ治療命令、評価命令取消のいずれかを選択することになる。

8) 費用負担

入院費用の負担について、英国、フィンランド、フランス、イタリア、オランダでは、患者の費用負担はない。フランスでは、どの入院形式においても、国内で発症した場合、国籍に関係なく自己負担は発生しないことが明らかとなった。

韓国においては、加入保険の種類により決定され（国民健康保険 [National Health Insurance Cooperation: NHIC]、Medical aid [Grade 1, 2]、老人長期療養保険）、入院の種類によらない。ただし、特定疾患 (ICD-10 F84.2 レット症候群、G.41 てんかん重積状態) および算定特例の F2 (統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害) については、NHIC の保険では 10% 患者負担、medical aid (Grade 1, 2) では患者負担額はない。

オーストラリアビクトリア州では、州政府の精神科医によると、非任意的入院は、州政府の資金による入院医療サービスであるため、患者の費用負担はない。州が提供するサービスでは、多くの場合患者に民間医療保険に加入しているかどうかを確かめ、一般医療の場合、加入先の民間医療保険会社に経費の一部を請求する。しかし精神保健の場合、民間医療保険加入者は少なく、非任意的入院患者の場合はさらに稀である。非任意的入院患者は、州政府の資金による州の制度からサービスを受けるので、事実上州政府が全経費を負担することになる。

9) 家族・親族の関与に関する記載

入院に家族・親族が関与する制度があるのは、英国、フランス、オランダ、韓国および

オーストラリアであった。ただし、韓国を除いては、家族・親族が（1）非任意入院の申し込みができるという規定（英国、オランダ、韓国で確認）、および（2）患者本人の権利に関する規定であり、（3）退院後の引き取り義務の記載は、確認できなかった。

10) 通院措置

非任意入院以外の制度であるが、通院措置制度については、工夫のみられる国が存在した。オランダにおける「条件付命令」は、精神科の通院を義務付ける通院措置の制度の 1 態様とすることができる。通院措置の制度は、少なくとも、オランダ、ベルギー、ルクセンブルグ、ポルトガル、スウェーデン、英国で確認されている。また米国では、50 州のうち 36 州で確認されており⁴⁾ (Torrey)、近年では 44 州に通院措置制度が存在するという報告がある⁵⁾。カナダの Community Treatment Order (CTO)⁶⁾では、本人等の同意により、通院治療プランを策定し、遵守しない場合は、警察が精神医学的評価のために入院させる命令を意味する。計画は 6 月以内でいつでも解除・更新でき、本人等は内容について申し立てができる制度である⁶⁾。

表 1 3 . ヨーロッパ諸国の非任意入院*

	年	患者割合	100 万人対	評価者	基準**	決定者	診断から入院までの期間	応急入院時間	入院期間	通院措置
Austria	1999	18%	175 人	精神科医	危険	非医療	4 日	48 時間	3 月	
Belgium	1998	5.8%	47 人	医師	危険	非医療	15 日	10 日	40 日, 2 年	あり
Denmark	2000	4.6%	34 人	医師	危険/治療	医療	24 時間 (7 日)	Na	Na	
Finland	2000	21.6%	218 人	医師	危険/治療	医療	3 日	Na	9 月	
France	1999	12.5%	11 人	医師	危険 (注)	非医療 (注)	24 時間	48 時間	Na	
Germany	2000	17.7%	175 人	医師	危険	非医療	24 時間-14 日	24 時間 (3 日)	6 週間, 1 (場合により 2) 年	
Greece	Na	Na	Na	精神科医	危険/治療	非医療	10 日	48 時間	6 月	
Ireland	1999	10.9%	74 人	精神科医	危険/治療	医療	24 時間	Na	21 日	
Italy	Na	12.1%	Na	医師	治療	非医療 (市長)	2 日	48 時間	7 日	
Luxembourg	2000	Na	93 人	医師	危険	医療	3 日	24 時間	14 日	あり
Netherlands	1999	13.2%	44 人	精神科医	危険	非医療	5 日	24 時間	3 週間, 6-12 月	
Portugal	2000	3.2%	6 人	精神科医	危険/治療	非医療	12 日	48 時間	Na	あり
Spain	Na	Na	Na	精神科医	治療	非医療	Na	24 時間	Na	
Sweden	1998	30%	114 人	医師	治療	医療	4 日	24 時間	4 週間	あり
UK	1999	13.5%	48 人	精神科医	危険/治療	社会福祉士その他のコメディカル	14 日	72 時間	28 日 (評価), 6 月 (治療)	あり

*Salize HJ, Dressing H. Br J Psychiatry 184:163-168, 2004.および Dressing H, Salize HJ. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39: 797-803, 2004.

**治療: 治療必要性 危険: 本人・他者への害の危険 注: 他に保護者からの要望により精神科医による非任意入院制度が存在する。

表14. ヨーロッパ諸国の非任意入院(緊急)*

	Proposal	決定者	入院措置期間	監督官庁
Bulgaria	親族・医師	Head of Health Service	24(最長72)時間	裁判所
Czech Republic	両親または親族・後見人	医師	24時間	裁判所
Germany	Administrative authority	Administrative authority/ Police/ Judicial/ Psychiatric hospital	翌日10時まで(1州は72時間)	翌日10時以降は裁判所
Greece	親族または後見人	弁護士(公的)**	48時間	裁判所
Israel	精神医学的評価	病院管理者***	48時間	地方精神科委員会・裁判所
Italy	医師	医師2名	48時間	地方自治体の長(48時間以上は裁判所)
Lithuania	精神科医	精神科医	48時間	裁判所
Poland	医師(精神科医)	精神科医	48時間	裁判所(その後は後見人裁判所の判断)
Slovak Republic	両親または親族・後見人	医師	24時間	裁判所
Spain	誰でも可	精神科医	24時間	裁判所
Sweden	医師	精神科医	4週間	裁判所
UK	親族+認定SW	医師+SW	72時間	精神保健法委員会

* Kallert TW, et al. International Journal of Forensic Mental Health 6: 197-207, 2007.

公的な弁護士、検察官など *地域の精神科医への紹介が必要

表15. ヨーロッパ諸国の非任意入院(通常)*

	Proposal	決定者	最長期間(当初)
Bulgaria	後見人・親族・医師	裁判所	34日(評価)、3カ月(入院)
Czech Republic	医師	裁判所	3か月まで
Germany	Administrative authority・後見人	裁判所	6週間(後見人法では12カ月)
Greece	公的な弁護士の下での親族の申請	裁判所	6か月(初期評価は24時間)
Israel	地域の精神科医	地域の精神科医・地域精神科委員会	7日で14日まで延長(最大3カ月)
Italy	サービス担当精神科医	地方自治体の長	7日
Lithuania	精神科医	裁判所	1週間
Poland	親族または後見人	裁判所	10日(評価、最長6週間まで)、3カ月(入院)
Slovak Republic	精神科医	裁判所	3か月
Spain	両親または親族、後見人・公的な弁護士	裁判所	期間の定義なし。6カ月ごとに裁判官へ報告
Sweden	精神科医・医療施設の管理医師	裁判所	3か月
UK	親族+認定SW	医師2名(1名は精神科医)+SW	28日(評価)、6カ月(入院)

* Kallert TW, et al. International Journal of Forensic Mental Health 6: 197-207, 2007.

D. 考察

本報告では、海外諸国における精神科の非任意入院制度を、比較研究およびその国に詳しい専門家へのヒヤリングによって整理した。以上の結果を、先行研究が整理した表に追加したものを表13~15に示す。

表13は、ヨーロッパ諸国における精神科非任意入院の概要をまとめたものである。非任意入院の割合は入院患者の3.2%(ポルトガル)から30%であった。人口100万人あたり、6人(ポルトガル)から218人(フィンランド)である。評価者は医師(もしくは精神科医)である、非任意入院の基準として治療の必要性が位置付けられているのは6各国で、非任意入院の決定者は、非医療が9カ国で医療が5カ国とばらついていた。なお、英国は当初は非医療として位置付けられている社会福祉士であったが、近年他のコメディカル(医療系)に拡大している。国際的な方向は非任意入院の決定は医療から非医療に移行しているという指摘²⁾されることもあるが、現実的には試行錯誤が続けられているというのが実情と考えられる。

表14は、ヨーロッパにおける緊急の非任意入院のプロセスで位置づけられている者である。提案者は親族(5各国)を含め多様であるが、決定者は医師である場合が大半であった。その場合、入院期間は2~3日で、裁判所が監督している場合が多かった。

わが国で制度の類似している韓国を除いては、非任意入院費用の自己負担はなく、また家族・親族の役割は本人の権利を確保するものしか確認できなかった。また、入院ではないものの、通院措置という制度は多くの国で存在し、非任意入院を代替する地域ケアの可能性のひとつとして、わが国においても参考になる制度と考えられた。

一方、緊急を要さない通常の非任意入院(表15)では、提案者は親族(5カ国)を

含め多様であるが、決定者は裁判所であることがほとんどであった。また入院期間には7日~6か月と幅があるが、定期的に継続について評価さえることが位置付けられていた。

本研究では、比較可能な先行研究結果に最近の情報を追加する手法で整理したため、比較可能性の高い結果と位置付けることができる。ただし、法律の実際の運用状況は明らかではない。また、入院に関する家族・親族の関与については、「家族の意思が非任意入院プロセスに関係するか」という観点からの分析であるため、わが国における「保護者制度」と同等の制度の存否に関する分析ではないという限界がある。また、専門家との意見交換を続け、引き続きさらに正確な情報に更新する必要がある。

E. 結論

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。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。本研究結果は、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示している。

(参考文献)

1. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry* 184: 163-168, 2004.
 2. Dressing H, Salize HJ. Compulsory admission of mentally ill patients in European Union member states. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 39: 797-803, 2004.
 3. Kallert TW, Rymaszewska J, Torres-Gonzalez F. Differences of legal regulations concerning involuntary psychiatric hospitalization in twelve European countries: implications for clinical practice. *Int J Forens Ment Health* 6: 197-207, 2007.
 4. Torrey EF, Kaplan RJ. A national survey of the use of outpatient commitment. *Psychiatr Serv* 46: 778-784, 1995.
 5. 澤温. 医療現場における抗精神病薬強制投与の実情と問題点. *臨床精神薬理* 14: 17-23, 2011.
 6. Hunt AM, et al. Community treatment orders in Toronto: the emerging data. *Can J Psychiatry* 52: 647-656, 2007.
- F. 健康危険情報 なし
- G. 研究発表
1. 論文発表 なし
 2. 学会発表 発表準備中
- H. 知的財産権の出願・登録状況 なし

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）
「精神障害者への対応への国際比較に関する研究」（研究代表者：中根允文）

英国における非任意入院手続きの実際

分担研究者 西田 淳志（東京都精神医学総合研究所心の健康づくりプロジェクト）

研究協力者

山崎 修道 東京大学医学部付属病院
小池 進介 東京大学大学院医学系研究科
安藤 俊太郎 王立ロンドン大学精神医学研究所

研究要旨：英国における 1) 非任意入院手続きの一般的な流れ、2) 非任意入院に関する専門職、3) 手続きにおける家族関与の有無、4) 関連する地域サービス、等についての情報を収集し、整理を試みた。英国では、非任意入院をできるだけ回避するための地域におけるソフト救急体制が実際に機能している。また、非任意入院の手続きは、AMHP と呼ばれる専門ソーシャルワーカーがそのプロセスのマネジメントを中心的に行うため、必ずしも家族が非任意入院手続きの申請、決定に関与しなくても済む仕組みが整えられている。今後、我が国における入院医療の在り方、特に医療保護入院の在り方を検討する際、こうした制度・仕組みが一つの参考事例になるとと思われる。

A. 目的

昨年度（平成 21 年度）分担研究において、近年の英国における地域精神保健医療体制の発展状況について紹介し、その中でも特に普及が進む「危機解決訪問治療チーム」の実際について詳しく述べた。本年度（平成 22 年度）分担研究においては、地域サービス、および任意入院による治療・支援の限界が生じた際に必要となる「非任意入院」の手続きについて調査を行った。具体的には、英国における 1) 非任意入院手続きの一般的な流れ、2) 非任意入院に関与する専門

職、3) 手続きにおける家族関与の有無、4) 関連する地域サービス、等についての情報を収集し、整理を試みた。

英国の非任意入院に関する法律(Mental Health Act)の規定については、本年度当該研究事業の伊藤らによる分担研究報告において掲載されているため、本稿では、精神保健法の規定に基づき、実際にどのような「人」が、どの「時点」で非任意入院の手続きに関与するか、具体的・実証的な流れについての情報を中心にまとめた。

英国では、イングランドとウェールズ、

スコットランドおよび北アイルランドで非任意入院に関する法制度が異なる。本稿では、イングランドおよびウェールズにおける非任意入院制度（司法的入院を除く）とその実際についてのみ検討を行う。

B. 方法

分担研究者らがこれまでに視察したノッティンガム NHS トラスト、南モーズレイ NHS トラスト等の情報と、王立ロンドン大学精神医学研究所の安藤俊太郎研究員、同研究所 Graham Thornicroft 教授、Gorge Szmukler 教授から提供された情報、ならびに文献研究によって、必要な情報を収集・整理し、それらに基づいて検討を行った。

C. 研究結果

1). 非任意入院手続きの具体的な流れ（図 1）

①非任意入院の手続きに入るまで

精神保健法によって規定される非任意入院は、非任意入院に代わる代替的手段がない場合に限り認められるという大前提がある。そのため、非任意入院の具体的な手続きに入る前に、地域での治療が可能かどうか、または、任意の入院による治療が可能かどうかを最大限見極める試みが必要となる。

通常、統合失調症や双極性障害などの重度精神疾患の患者については、かかりつけ医(GP)と地域精神保健チーム(Community Mental Health Team)が連携して、日常の

治療・支援にあたっている（「地域精神保健チーム」についての詳細は、本研究事業 21 年度分担研究報告を参照されたい）。そのため、危機的な状況が発生し、かつ任意の治療が困難と思われる場合、まず、患者の親族から地域精神保健チームのケースマネージャーや、かかりつけ医に連絡が入る場合が少なくない。親族等と同居しない単身者の場合には、アウトリーチを行う地域精神保健チームのケースマネージャーが、そうした事態の第一発見者となることが多い。地域精神保健チームのケースマネージャーが、こうした状況の患者や家族に対して、治療・支援を試みるも困難な状況が解決されない場合には、地域精神保健チーム、または、かかりつけ医から「危機解決訪問治療チーム」（同研究事業 21 年度分担研究報告を参照）に関与を要請する。要請を受けた危機解決訪問治療チームのスタッフは、迅速に患者の居宅にアウトリーチし（要請を受けて数時間以内）、在宅での任意の治療の可能性を最大限探る。多くの場合、危機解決訪問治療チームのスタッフが数週間関与し続け、在宅で危機解決を図る。また、在宅での治療が困難と判断される場合、任意による入院の説得を最大限試みる。それでもなお、在宅治療もしくは任意入院による問題解決が困難と判断され、危機的状況が継続する場合には、危機解決訪問治療チームのスタッフから、非任意入院の手続きを開始する際の起点となる「国家承認を受けた専門ソーシャルワーカー(Approved Mental Health Practitioner : AMHP)」に連絡が入る。なお、未治療者の場合、警察等が直接 AMHP に連絡を取り、非任意入院等の必要性の判断、その後の手続きを依頼

することが多い。

②非任意入院手続きの起点

非任意入院の「申請」を行う主体は、ほとんどの場合、AMHP と呼ばれる専門ソーシャルワーカーである。患者の近親者が直接、非任意入院の申請を行うことも可能であるが、そうしたケースは、実際として極めて稀である。

こうした相談や連絡を受けた AMHP は、まず、非任意入院の必要性を判断するためのアセスメントを行うべく、二人の医師の手配を開始する。この時、一人は地元地域の精神科医（NHS トラストが管轄するキャッチメントエリア内で働く精神科医。患者の主治医の場合もある）であり、もう一人は、地元地域外の国家承認を受けた医師（NHS トラストが管轄するキャッチメントエリア外で働く精神科医）である。この二人の医師と AMHP の3人が患者の居宅もしくは警察等において合同評価（シェアードアセスメント）を行い、非任意入院の必要性について判断する。その際、AMHP は、事前に患者の家族、ならびに関係者からの聞き取りを行い、情報収集する。

二人の医師と AMHP の合同評価の結果、多くの場合は、3 人の意見が合致するが、場合によって、意見が分かれることがある。その際、最終的な決定権は、AMHP が持っており、AMHP が非任意入院に同意しない場合は、原則、手続きが停止する。

3 人の同意が得られた後、AMHP は、非任意入院の受け入れ先となる病院、および移送等の手配を行う。

2) 非任意入院に関与する専門職

① 国家承認を受けた精神保健従事者 (AMHP)

精神保健領域における一定以上の臨床経験を有し、アセスメントや人権擁護に関する 6 カ月間に渡る専門研修を受講し、国家（地域）承認を受けた専門ソーシャルワーカー。非任意入院手続きの起点となり、そのプロセス全体のマネジメントについて責任を持つ。非任意入院についての「申請」と「決定」を行う権限を持つ。

AMHP を養成する研修プログラムは、全英ソーシャルワーカー協会によって承認された養成校において行われる。大学等において研修課程が開講されている場合も多い。

最近、AMHP の資格を取得しうる職種が、ソーシャルワーカーのみならず、看護師、臨床心理職、作業療法士等に拡充された。

②国家承認を受けた医師

非任意入院の「評価」を行う権限を持つ。患者が居住する地域（非任意入院を受け入れる医療施設の所在地域）外に居住・勤務し、非任意入院の評価のための研修と承認を受けた医師。非任意入院の評価を専従の仕事としている者は少ない。多くは、リタイアした精神科医や、専門研修を受けた GP などがパートとして行っている。

3) 非任意入院手続きにおける家族関与の有無

先にも述べたように、患者の直近の親族が、非任意入院の「申請」を直接行うことも可能ではあるが、実際にはそうしたケースは極めて稀である。通常、家族、地域精神保健チームやかかりつけ医、あるいは、危機解決在宅治療チームを介して、AMHP

に相談が入り、AMHP が主体となって非任意入院手続きの「申請」を行うことがほとんどである。AMHP が主体となって進められていくプロセスにおいて、非任意入院についての家族の考えも聴取するが、基本的には、家族の同意・非同意には関係なく、「評価」、および「決定」が行われていく。仮に、家族が AMHP の非任意入院の決定に反対したとしても、入院手続きはそのまま進められる。入院「後」に、非任意入院について、家族が異議申し立てを行うことができる司法手続きが準備されている。

非任意入院について、AMHP は、「申請」、「決定」の権限を持ち、2 名の医師は「評価」の権限を持つ。それに対して、家族は「申請」の権限を形式的に持つものの、「評価」、「決定」の権限を持たず、入院後の司法的ルートによる「異議申し立て」の権利を持つに留まる。よって、家族の同意・非同意によって、非任意入院の決定は、基本的に左右されない。

4) 非任意入院に関連する地域サービス

先にも述べたように、非任意入院は、それに代わる代替的手段がない場合に限り認められるという大前提があるため、地域のサービスで非任意入院を最大限回避することが原則である。

危機解決訪問治療チームは、精神科ソフト救急の役割を担うとともに、任意入院および非任意入院のプレ・ポスト救急の役割を担っている。危機解決訪問治療チームについての詳細については、本研究事業 21 年度分担研究報告を参照されたい。

非任意入院を最後の手段とすべく、危機解決訪問治療チームが、まず、出来る限り

在宅での治療の可能性を追求し、それが難しい場合には、最大限、当事者の同意を得た任意入院による治療の可能性を追求する。こうした非任意入院を最後の手段とすべく、地域で最大限の努力を行うアウトリーチチームの存在があることによって、AMHP の扱うケース、ならびに非任意入院の数を抑制することが可能となる。

D. 考察

英国イングランドおよびウェールズにおける非任意入院手続きの実際について、具体的に情報を整理した。以上で紹介した手続きの流れは、典型的な事例についてであり、事例のバリエーションによって、手続きの詳細部分が異なることをご了承いただきたい。また、触法精神障害者に関する司法的入院手続きについては、精神保健法による非任意入院手続きと重複する部分はあるものの、異なる部分も多く、本稿では、その紹介は割愛させていただいていた。

以下、我が国の非任意入院手続きの現状とも照らし合わせながら、要点について若干の考察を加えたい。

① 非任意入院を回避する充実したソフト救急体制

英国のみならず、ヨーロッパ諸国における非任意入院に関する考え方の基本は、「それを可能な限り最後の手段とする」ということである。そのため、まず、危機時に地域で迅速に対応し、さらなる状況の悪化を食い止めるためのソフト救急、具体的には、危機解決訪問治療チームといった機動性・機能性・専門性の

高いアウトリーチチームが全国的に普及している点が、極めて重要な前提である。これにより、非任意入院のみならず任意入院の件数も、顕著に抑制することができることが証明されている。危機解決訪問治療チームは、24時間365日のアウトリーチチームであり、利用者、介護者の評価が高い。

仮に、我が国の医療保護入院に代わる新たな手続きを整備するにあっても、以上のような地域におけるソフト救急体制の整備を進めることが一方で行われないと、非任意入院手続きを担うAMHP等の業務負担が膨大となる可能性がある。

② AMHPが起点となる非任意入院手続き

英国における非任意入院手続きは、AMHPと呼ばれる専門ソーシャルワーカーに重要な権限が与えられている点が特徴的である。他のヨーロッパ諸国の非任意入院手続きの決定権は、精神科専門医、もしくは自治体首長にある。

英国においては、当事者の権利擁護が、こうした国家承認を受けた専門ソーシャルワーカーによって担保されている。ただ、人権擁護と危機評価の双方のバランスを兼ね備えた人材が必要となることから、半年に渡る専門研修が義務付けられており、また、定期的な資格の更新制度も存在する。こうした人材を確保するための質の高い高度な研修プログラムの開発が必要である。

③ 家族の同意が必要条件とならない

精神保健法の規定によると非任意入

院の手続きの「申請」は、家族自身が行うことができることとなっているが、実際には、家族自身がAMHPに「申請」、「決定」を事実上代行してもらえる仕組みとなっている。我が国の医療保護入院においては、この保護者に代わって、「申請」および「決定（同意）」する仕組みがないため、家族に過重な負担がかかっている。こうした負担を軽減するためにAMHPのような代替の手続きの仕組みについて今後、具体的に検討する必要がある我が国においてもあるのではないか。

E. 結論

英国の非任意入院の具体的手続きの流れについて情報を整理した。英国では、非任意入院をできるだけ回避するための地域におけるソフト救急体制が実際に機能している。また、非任意入院の手続きは、AMHPと呼ばれる専門ソーシャルワーカーがそのプロセスのマネジメントを中心的に行い、それによって、必ずしも家族が非任意入院手続きの申請、決定に関与しなくても済む仕組みが整えられている。今後、我が国における入院医療の在り方、特に医療保護入院を含む非任意入院の在り方を検討する際、英国におけるこうした制度、仕組みが一つの参考事例になると思われる。

F. 健康被害情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1). 伊勢田堯、西田淳志 (2010) 近年のイギリスにおける精神保健医療改革. 責任編集松原三郎・佐々木一『専門医のための精神科臨床リュミエール 22 世界における精神科医療改革』中山書店
 - 2). 西田淳志、福田正人、野中猛 (2011) 必須となる多職種チームとアウトリーチ. 臨床精神医学 40 巻 1 号 p47-54
2. 学会発表 なし

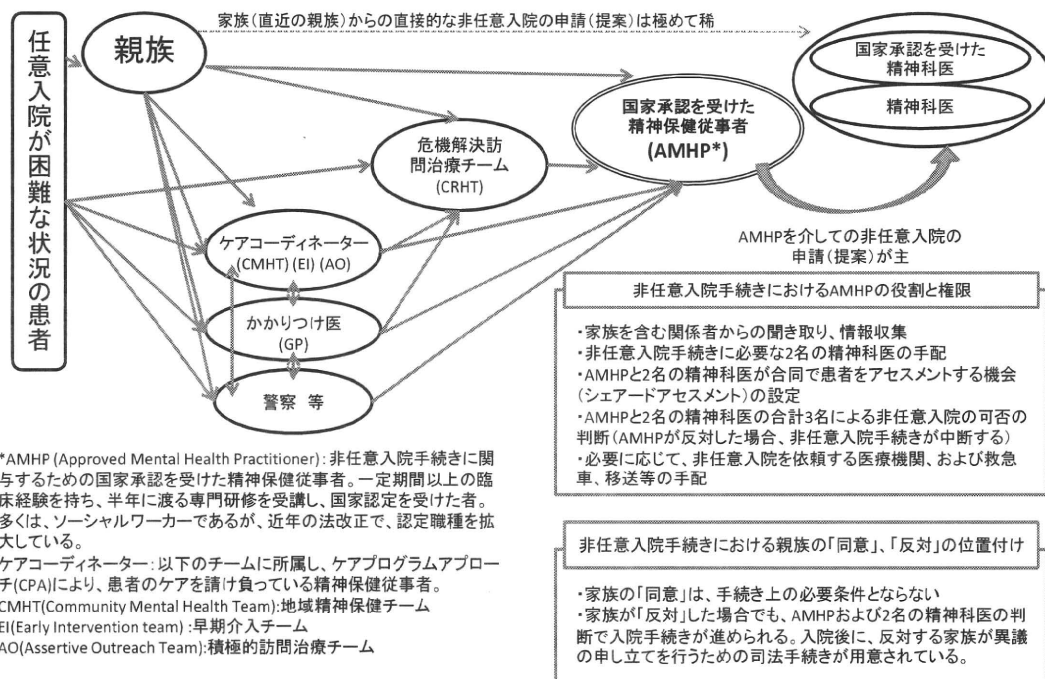
H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

参考文献

- 1). Salize HJ, Drebing H, Peitz M. Compulsory Admission and Involuntary Treatment of Mental Ill Patients – Legislation and Practice in EU-Member States. Final Report. European Commission –Health & Consumer Protection Directorate-General. 2002

(図 1)
非任意入院手続きの一般的な流れ (英国)



平成 22 年度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」

分担研究報告書

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

－東アジア諸国の精神保健対策における欧米の影響と独自性－

研究分担者 竹島 正 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究協力者 趙 香花 ((独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所)

研究要旨：

【目的】 東アジア諸国である日本、韓国、中国を対象に、国民の精神保健を向上するための政策の全体像を示す。また、3 国間の精神保健医療福祉政策やサービスの現状と課題の比較を行い、欧米先進国の影響と独自性について検討する。

【方法】 研究対象国において、主に 2000 年以降に取り組んでいる精神保健医療福祉政策のレビューを行う。資料・情報の収集源は、当該国の政府刊行物、精神保健関連機関・団体の報告書またはウェブサイト、および各国の学術論文データベースである。

【結果と考察】 精神保健医療福祉に関する政策を、①国家健康政策に示された精神保健の課題、②自殺予防対策への取り組み、③精神障害者政策の動向、④その他の関連政策の 4 種類に分類し、その概要を整理した。本研究の結果は、以下の 3 つにまとめる。①日本、韓国では、欧米諸国で 1980 年代から始まった健康都市(Healthy City)運動、および 1990 年代から始まった目標指向型健康増進施策の影響と思われる国家健康政策が策定されており、精神保健は重点課題の一つとして位置づけられていた。中国でも 2009 年から欧米諸国の協力により、当政策の制定に取り組んでいる。②3 国の自殺死亡率は、WHO の基準である 13¹⁾ をはるかに超えた 25 以上で、24 時間電話相談、危機介入、普及啓発などによる自殺予防対策の取り組みは見られているものの、自殺対策関連法が制定されているのは日本のみであった。3 国における自殺予防対策への取り組みは、WHO が 1984 年からはじめた自殺予防活動、および自国の高い自殺率への対応など、国際的・社会的影響が背景にあると考えられた。③精神障害者政策の方向は、3 国とも地域ケアであるが、その背景と実態は相当異なつた。日本と韓国は欧米諸国による脱施設化の影響を受けているものの、中国は医療資源の不足を補うための対策として行われていた。

【結論】 3 国では、国家健康政策、自殺予防対策、精神障害者の地域ケア(中国を除く)においては、欧米諸国の影響を受けていた。一方、精神障害者政策の実施においては、家族の役割を重視するなどの独自性が見られた。また、急激な社会変動の中で自殺者数が急増するなど、3 国共通の特徴も見られた。

A. 研究目的

精神疾患の予防・治療の観点からは、精神障害者に対する政策のみならず、国民全体の精神保健の増進を図る政策も重要になっている。

そして、グローバル化した現代においては、精神保健に関する他国の情報を理解することは、自国の精神保健政策の制定において、大変貴重な知見を示唆する可能性を含んでいる。

「福祉国家」の研究者であるウィレンスキーは、早くから「現代社会は、あらゆる点において類似した問題に直面し、その解決にあたって類似した方法を模索する」⁹⁾と述べており、国際比較研究を通じて得られる意義の重要性を示唆した。

また、多国間国際比較研究の利点は、未だ知られざる国・地域に関する情報を収集して、智識・認識を高めると同時に、その作業を通して自国のシステムに関する知識・情報の濃度を高めることにもある⁶⁾。

こうした多国間の国際比較研究の意義を踏まえて、本研究では、漢字の使用、食習慣、家族制度などで類似した伝統や文化を持つ日本、中国、韓国を対象に、精神保健医療福祉に関する政策の全体像を示すことで、東アジア諸国の当分野の到達点を理解するための情報提供を図る。

また、同政策においての欧米先進国の影響と独自性についても言及する。

B. 研究方法

研究対象国において、主に 2000 年以降に取り組んでいる精神保健医療福祉政策のレビューを行う。資料・情報の収集原は、当該国の政府刊行物、精神保健関連機関と団体の報告書またはウェブサイト、および各国の学術論文データベースである。

収集した文献資料をもとに、3 国の精神保健医療福祉に関する政策を①国家健康政策に示された精神保健の課題、②自殺予防対策への取り組み、③精神障害者政策の動向、④その他の関連政策の 4 種類に分類し、その概要を整理すると共に、比較表を作成した。

(倫理面への配慮)

本稿は、既存資料に基づいた文献研究であるため、倫理的な問題は特にない。

C. 研究結果

I. 日本

1. 精神保健の増進を示した国レベルの健康政策

「健康日本 21」

2001 年、少子・高齢社会を健康で活力あるものにするため、生活習慣病などを予防し、壮年期死亡の減少、健康寿命の延伸等を目標とする「21 世紀における国民健康づくり運動（健康日本 21）」を提唱し、2010 年までの推進目標を 9 つの分野別に提示している。

その中、精神保健の増進を示しているのは「休養・心の健康づくり」と「アルコール」の 2 分野である。

「休養・心の健康づくり」では、①

ストレスの軽減、②睡眠の確保、③自殺者の減少の3つの課題を挙げ、2010年までの数値目標を設定している。

「アルコール」分野では、①多量飲酒者の減少、②未成年者の飲酒防止、③節度ある適度な飲酒知識の普及、の3つの課題を掲げている。

「新健康フロンティア戦略」 (2007-2016)

2007年には、「健康国家への挑戦」を題として、国民自らがそれぞれの立場に応じて健康対策を行う「新健康フロンティア戦略」が策定され、「子ども」「女性」「メタボリックシンドローム対策」「がん対策」「こころ」「介護」「歯」「食育」「スポーツ」の9つの分野における健康づくり運動が展開されている。

精神保健の増進を図る「こころの健康づくり」運動においては、認知症対策とうつ病対策が重点課題とされている。

「認知症対策」では、①認知症の発症予防、②認知症を有する者が安心して社会で暮らせる体制づくり、③認知症を有する者への医療の提供、の3つを推進目標としている。

「うつ病対策」においては、①早期発見・早期治療の推進、②うつ病の治療と社会復帰の推進の2つが達成目標として示されている。

2. 自殺対策の取り組み

自殺対策基本法

日本の自殺者数は、1998年以降から

12年連続で3万人を超えている。

その背景には個人的要因だけでなく社会的要因も関係しており、自殺による精神的、経済的、社会的損失は、自殺者の家族や周辺のみならず、広く社会に影響を及ぼすとされている⁵⁾。

増大する自殺問題に対応すべく、2006年には「自殺がもはや本人や家族等に関係する個人的問題として捉えられるのではなく、社会的な取り組みが必要である」ことを基本理念とした「自殺対策基本法」が公布され、法的根拠に基づく自殺対策が国家の責任として進められるようになった。

自殺総合対策大綱

「自殺対策基本法」に基づき、内閣官房長官を会長とした「自殺総合対策会議」が内閣府に設置され、2007年には政府が推進すべき自殺対策の指針が「自殺総合対策大綱」として定められた。

「自殺総合対策大綱」は、①自殺は追い込まれた末の死、②自殺は防ぐことができる、③自殺を考えている人は悩みを抱え込みながらもサインを発している、の3つを基本認識とし、2016年までに2005年における自殺死亡率から20%以上減少させることを目標とした。

そして、概ね5年を目途に「自殺総合対策大綱」の見直しを行うこととしている。

自殺対策加速化プラン

しかしながら、2008年に入ってから

は、インターネット情報に基づく硫化水素による自殺が群発し、事案によっては家族や近隣住民にまで被害が生じるなど社会問題化していた。

これを受けて、自殺対策の一層の推進を図るために、当年の10月には「自殺対策加速化プラン」を策定し、「適切な精神科医療を受けられるようにする」「社会的な取り組みで自殺を防ぐ」など、9項目にわたる施策を定めている。

そして、「自殺対策加速化プラン」の策定に合わせて、「自殺総合対策大綱」の一部が改正され、うつ病以外の精神疾患などによるハイリスク者対策の推進、インターネット上の自殺関連対策の推進、などが盛り込まれた。

3. 精神障害者政策の動向

精神保健医療福祉の改革ビジョン

2004年9月、厚生労働省は「心の健康問題の正しい理解のための普及啓発検討会」、「精神病床等に関する検討会」、「精神障害者の地域生活支援のあり方に関する検討会」の3検討会の報告に基づき、精神保健医療福祉施策の方針を「入院医療から地域生活中心へ」と転換する「精神保健医療福祉の改革ビジョン（以下、「改革ビジョン」）」を提示し、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の10年間で進めることとした。

「改革ビジョン」による国の重点施策は、①国民意識の変革、②精神医療体系の再編、③地域生活支援体系の再編、④精神保健医療福祉施策の基盤強

化の4つである。

また、これらの施策は今後の10年間で①精神疾患は、生活習慣病と同じく誰でもかかりうる病気であるとの認知度を90%以上にすること、②平均残存率の減少と退院率の向上を通して、約7万床相当の病床数の減少を促すことを達成目標としている。

精神保健医療福祉の更なる改革に向けて—今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会

改革ビジョンの中間点を迎えた2009年には、改革ビジョン前半の成果の検証と、後期5か年の重点施策を示した「精神保健医療福祉の更なる改革にむけて—今後の精神保健医療福祉のあり方などに関する検討会」（以下、「あり方検討会」）報告書がまとめられた。

「あり方検討会」の基本的な考え方は「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の実施である。

「あり方検討会」における基本的な改革方針は、①精神保健医療体系の再構築、②精神医療の質の向上、③地域生活支援体制の強化、④普及啓発、である。

新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討会

「あり方検討会」を踏まえて、2010年5月には、当事者、家族、医療関係者、地域での実践者、有識者らで構成

された「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」を設置し、今後の地域精神保健医療施策の具体化を目指した検討を行っている。

主な検討内容は、①アウトリーチ体制の具体化、②精神医療の質の向上、③認知症などの高齢障害者対策、④精神病床のあり方、などである。

II. 中国

1. 「健康中国 2020 戦略」

中国には、国家レベルの健康政策がまだ制定されていない。

2007年、衛生部は「健康中国 2020 戦略(以下、健康中国 2020)」の必要性を発表し、2008年に開催された「全国衛生工作会議」では「健康中国 2020」の制定作業の実施を正式に公表した。

そして、2009年3月からオーストラリアを主とした国際協力による「健康中国 2020」の研究プロジェクトが正式に開始されている。

「健康中国 2020」で検討されている重点課題の一つとして、「国民の精神健康の向上」が挙げられているが、まだ具体的な内容の策定までには至っていない。

2. 自殺予防対策の取り組み

中国の衛生統計年鑑によると、2009年の自殺死亡率¹は26.5で⁸⁾、同年日

¹中国の自殺死亡率は、2009年の都市住民年齢別疾病別死亡率、大都市住民年齢別疾病別死亡率、中小都市住民年齢別疾病別死亡率、農村住民年齢別疾病別死亡率の合計値である。

出典：『2010 中国衛生統計年鑑』

本の25.8⁵⁾より高い水準であった。中国では、自殺予防対策を進めるため2003年に中国疾病予防抑制センターおよび北京自殺研究・予防センターの主催による「自殺予防国家戦略」検討会が開かれたものの、国家レベルの自殺予防対策の制定までには至らなかった。

一方、地域レベルでは2001年に北京自殺研究・予防センターが成立され、翌年の2002年からは全国どこでも無料で利用できる24時間電話相談サービス(原語：全国免费心理危机干预热线 800-810-1117)が提供されている。近年、このような電話相談による自殺予防活動は、北京以外の大都市においても増えつつある。

また、2004年には全国初の自殺救急病院(原語：自殺干预抢救中心)が南京に設立されるなど、地域レベルでの自殺予防活動は地道に展開されている。

さらに、民間団体による自殺対策の立法活動も展開されており、2006年には「中華人民共和国自殺研究および予防条例(案)」、2007年には「中華人民共和国青少年自殺予防法(案)」を作成し、当法の制定を国に求めていた。

3. 精神障害政策の動向

中国精神衛生事業計画 (2002-2010)

中国政府(衛生部、民政部、公安部、中国障害者連合会)は立ち遅れている精神医療・保健福祉の発展を促進するため、「中国精神衛生事業計画 2002-2010 (以下、「精神衛生事業計画」と略す)を制定した。精神衛生事業計画

には①精神衛生法の制定、②社会保障体系の形成、③精神衛生機関の整備、④専門職者の養成、⑤精神保健知識の普及など、中国における精神保健福祉体系の構築を目的としている。精神衛生事業計画の主な内容は以下の5点である。

- ① 政府主導、多部門間の連携、社会団体の参加による精神衛生事業体制と管理組織を形成する。
- ② 精神衛生事業に関する法律、法規、政策を制定し、国民経済と社会発展水準に適した精神衛生の保障体系を形成する。
- ③ 精神衛生に関する知識の宣伝、健康教育、精神衛生事業の重要性に対する社会の認識を高め、国民の精神健康水準を向上させる。
- ④ 心理・行動障害への介入、重度精神疾患に対する医療サービス・リハビリテーションの改善によって、精神疾患による疾病負担の上昇を防ぎ、精神障害の発生率を減少させる。
- ⑤ 精神衛生サービス（原語：精神衛生サービス）の体系とネットワークを形成し、精神衛生機関の機能を改善する。また、精神衛生専門職者の資質と援助技術を高め、精神衛生サービスに対する国民のニーズに応える。

精神衛生事業をさらに強化するための指導意見(2004)

上記の「精神衛生事業計画」の目標を達成するため、2004年には衛生部、

教育部、公安部、民政部、司法部、財政部、中国障害者連合会による精神衛生事業をさらに強化するための指導意見(以下、「精神衛生事業指導意見」と略す)が通知された。

本通知の目的は、「精神衛生事業計画」に示された以下の4つの数値目標を達成することである。

- ① 精神保健に対する国民の認知度を2005年には30%、2010年には50%までにする。
- ② 児童・青少年精神疾患と心理行動問題の発生率を2010年には12%までに軽減する。
- ③ 統合失調症の治療率を2005年には50%、2010年には60%までにする。
- ④ 精神疾患の治療およびリハビリテーションを提供する地域人口を2005年には4億人、2010年には8億人までカバーする。

全国精神衛生事業体系の発展指導要綱(2008-2015)

2008年には、衛生部をはじめとする17の政府部門による「全国精神衛生事業体系の発展指導要綱(以下、「精神衛生体系指導要綱」と略す)が公表された。

2002年の「精神衛生事業計画」には4つの政府部門、2004年の「精神衛生事業指導意見」には7つの政府部門が連携しているのに対し、今回の「精神衛生体系指導要綱」には17の政府部門が連携しており、精神衛生事業に対

する政府、および社会の関心がより高まっていることが推察される。

「精神衛生事業体系指導要綱」に示された精神衛生事業体系の構築目標は、以下の5つである。

- ① 中小学校に心理健康指導室を設置し、専属教師を配置する(2010年までに都市部は40%、農村部は10%、2015年までに都市部は60%、農村部は30%)。
- ② 心理行動問題予防事業を実施している県(市、区)を2010年には50%、2015年には80%までに拡大する。
- ③ 重度精神疾患管理治療ネットワークを構築している県(市、区)を2010年には70%、2015年には95%までに拡大する。
- ④ 精神疾患の地域リハビリテーションを実施している県(市、区)を2010年には70%、2015年には85%までに拡大する。
- ⑤ 精神疾患の予防・治療体系を構築している県(市、区)を2010年には80%、2015年には全ての県(市、区)までに拡大する。

精神病予防・治療・リハビリテーション“十一五”計画

中国では、「障害者保障法(1990)」の制定によって障害者に対する福祉政策が法的根拠に基づくこととなり、90年代から全国規模の障害者福祉政策が本格的に実施されている。

本法では、「地域でのリハビリテーションを基礎とし(第16条)、各地方自治体では地域リハビリテーション

を推進するよう努めなければならない(第17条)」と定めており、障害者に対する保健福祉が地域を中心として展開されることが明記されている。

1991年からは、障害者事業の一環として「全国精神病予防・治療・リハビリテーション政策“八・五”実施方案(以下、「実施法案」と略す)」(1991～1995)が展開されており、現在は“十一五”実施方案(2006～2010)の期間中である。

実施法案の主な内容は、精神疾患患者へのリハビリテーションサービスの提供、貧困患者への医療救助、人的資源の養成、精神保健知識の普及と宣伝などである。

2009年の中国障害者連合会の統計によると、“十一五”実施方案によって、全国の1,727の市・県において490.3万人の重度精神疾患患者に治療とリハビリテーションを提供し、約36万人の貧困患者に医療救助が行われている。また、精神疾患患者の社会復帰率は55.36%で、私宅監置の状態から解放された患者は7,636人であった。

4. その他

精神衛生“686”プロジェクト

精神衛生“686”プロジェクトの正式な名称は「中央補助による地方衛生経費からの重度精神疾患管理・治療プロジェクト」で、国内精神科領域では通常“686”プロジェクトと呼ばれている。

2004年、中国政府は公衆衛生を強化するための経費のうち、初めて精神疾患の総合的予防・治療プロジェクトに

686 万円を補助し、2005 年から精神医療・保健福祉のための人材育成を全国 54 のモデル地域で開始した。2006 年には 1000 万円を補助し、精神病患者への介入事業を展開し、2006 年には 1500 万円を補助して、精神病患者への介入と人材育成が実施された。

2007 年 9 月、上海市で開催された「世界精神医学会（WPA）」での発表によると、精神疾患の総合的予防・治療プロジェクトの実施によって、2006 年末までに延 32,681 人に教育・人材育成が行なわれた。更に、重度精神病患者の電子カルテ作成が 11,854 件、重度精神病患者の登録数が 65,149 件、貧困患者への無料給薬数が 9,182 人、無料入院患者数が 1,038 人、その他の医療サービスの提供は延 81,680 件行なわれた。

2009 年の補助額は、当初の 686 万円から 4633 万円の約 7 倍弱までに増額されており、事業展開対象となるモデル地域も当初の 54 地域から 112 地域までに拡大した。

精神衛生プロジェクトへの国家補助は、公衆衛生経費のうち、唯一の非伝染性疾患への資金支出であり、精神保健問題を重要視する中国政府の姿勢を示している。

Ⅲ. 韓国

1. 「国民健康増進総合計画(Health Plan2010)」に示された精神保健政策
2002 年、韓国の保健福祉部はアメリカの Healthy People 2010 をモデルに、「国民健康増進総合計画(以下、Health

Plan 2010 に略す)」(2002～2010)を策定した。

韓国では、精神保健福祉の増進を図る国家政策はなく、Health Plan 2010 の一環として精神保健事業を展開している。

「Health Plan 2010」に示された精神保健事業の目的は、「効果的な精神保健サービスの利用を高め、国民の精神健康水準と精神疾患者の生活の質を向上させる」ことである。

精神保健事業の重点課題としては、①精神健康の増進および精神疾患の予防、②地域社会を中心とした包括的精神保健事業システムの構築、③効果的・公平的な治療・リハビリテーションと居住サービスの体系構築、④精神障害者の権益擁護および国民意識の改善の 4 つがあげられており、各課題の具体的な数値目標も示されている。

2. 自殺対策の取り組み

「自殺予防対策 5 か年計画」(2004)

韓国では、2004 年から保健福祉部による「自殺予防対策 5 か年計画」が制定され、自殺死亡率を 2003 年の 22.8 から 2010 年には 18.2 までに減少することを政策目標としていた。

2005 年には、「自殺予防対策 5 か年計画」に示された目標を達成するための重点事業 12 項目と、詳細な推進計画が示された。

しかし、当政策の実施にも関わらず、韓国の自殺死亡率は 2004 年には 25.2、2005 年には 26.1 までに上昇した。2006 年には 23 と減少の傾向を見せていた