

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」
資料：「日本における精神障害に関する疫学知見の要約」

主任研究者

中根 允文 (長崎大学 名誉教授)

研究要旨

【目的】精神障害者への対応を考えるというときの EBM 的基礎情報として、各種精神疾患に関わる疫学データを確認しておく必要がある。そこで、ここには著者らが長崎大学医学部精神神経学教室や世界保健機関地域研究協力センター (WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health) の作業として展開してきた地域調査研究の結果を要約する。

【結果】日本における統合失調症および気分障害の発現頻度、臨床特徴、経過および長期転帰を、国際共同研究の中で比較したとき、各疾患に共通した特徴を国際的に認めるとともに、日本特有の知見があることも確認された。このことは、わが国における制止障害者への対応を考えるに当たって、そうした日本固有の特徴を前提に確立されるべきであることを示唆しているといえよう。

研究目的

精神医学においてエビデンスに基づいた医療、すなわち EBM の重要性が強調されながら、日本固有の知見が未だ十分に蓄積されているとは言い難く、海外諸国からのデータの援用が多い。しかし、日本における精神障害者への適切な対応を考えるというとき、具体的情報が絶対に不可避であり、それらを基に適切な方策が捻出されるはずである。ただ、本研究班の作業は、そうした具体的情報を確立することのでないで、先行研究の成果を参照・紹介するに止めた。

研究方法

著者によって公表された研究論文を包括的に再検討して、本研究の資料に資料となり得るものを抽出した。特ここでは検討対象の疾患として統合失調症と気分(感情)障害に限定し、それらの疫学所見を要約した。

結果と考察

1. 統合失調症に関して

統合失調症について、著者らは「幼児期における心身の発達と後年の精神障害発症への影響」「原子爆弾被爆者における統合失調症(精神分裂病)の罹病性」などといった教室独自の研究に加えて、1978 年以来 WHO 国際共同研究の一つとして「重度精神障害の転帰決定因に関する共同研究」(WHO Collaborative Study of Determinants of Severe Mental Disorders; 通称 DOSMeD)に参加して統合失調症の発生率研究(incidence study)および経過と転帰の研究を行ってきた。DOSMeD 研究は発生率研究を中核研究とするが、ほかに身体疾患の併発に関する研究やライフイベントの研究など、様々な副研究が並行して行われた。ここには、中核研究の結果を紹介する。

表 1 DOSMeD 研究での長崎センターにおける統合失調症の性別・年齢群別発生率
(対人口 10,000 人)

Sex/age	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	Total
Male	6.3	3.9	4.0	1.7	1.0	1.1	-	-	2.4
Female	2.6	4.4	1.9	1.0	0.9	0.9	0.3	0.3	1.6
Total	4.4	4.2	2.9	1.3	1.0	1.0	0.2	0.2	2.0

表 1 は、DOSMed における長崎センターで得た結果である。すなわち、長崎市内にて 1979 年から 1980 年までの 2 年間に発症した広義の初発病相統合失調症 (first episode schizophrenia) の年間発生率 (annual incidence rate) である。この調査には長崎市内に居住する統合失調症事例 107 例が採用症例とされた。この対象から選ばれた発生頻度は、同研究に参加した他の先進諸国の頻度と大きい差でないが、全く同率ではなかった (Denmark/Aarhus; 0.16 ~ Russia/Moscow; 0.28)。発展途上国からの結果と比較すると、その違いはより顕著なものとなっていた (India/Chandigarh; 0.35 ~ 0.42)。表 1 の長崎について説明すると、1980 年頃の時点で 1 年間に人口 1 万人当たり 2 人 (男性では 2.4 人、女性で 1.6 人) が発病し、発症年齢において男性では女性より約 5 年ピークが早く、女性ではより高齢での発症を見ていた。この結果を基に、さらに発病危険率を算出すると 0.76% (男性 0.90%、女性 0.62%) となり、従来国内で行われた有病率調査 (1940~1972 年) をもとに推参された 1.10% (中位数) より低率であった。こうした疫学知見をもとに、近年、発生率に地域差があること、および発病危険率が従来言われていた「100 人に一人」より低率であることなどの見直しが国際的に進行中である。

中核研究を開始してから約 30 年の間、採用症例をフォローアップしてきたところ、次の表 2 に要約するような知見を得た。すなわち、1979 年にスタートした DOSMeD 研究は 107 例を対象に、これまで大凡 5 年間隔で経過観察を施行してきている。症例発見から最初の 2 年間は、再発時の調査も詳細に行った。結果的に、同表に見るように全症例の把握は行えなかったものの (平均約 60%)、発症から 2 年間に再発した事例は 64 症例中 24 例 (38%) であり、再発・非再発に拘わらず 2 年後の時点で寛解に至ったのは 18 例 (28%) である。こうした推移を 5 年後、10 年後、15 年後と追跡していったデータを同表にはまとめてある。ただ、28 年後追跡に関してはまず DUP (Duration of untreated psychosis、精神病未治療期間) と転帰との関係を解析した段階であり、それ以前と類似の検討については現在調査の途中である。

15 年後転帰については、WHO が DOSMeD や IPSS などの事例を含む国際共同研究 (統合失調症の長期追跡研究、International Study of Schizophrenia; ISoS) として実施したものであり、そこでは国際共通の尺度を利用して国際比較が可能となっている。

表 2 DOSMeD 対象症例の超長期転帰研究の結果

症例発見後経過年数	研究開始時	2年後	5年後	10年後	15年後	28年後
各調査開始年	1979	1981	1984	1989	1994	2007
症例数 (除死亡例)	107	64	65	61	58	34
死亡累計 (%)	0	0.9	0.9	4.7	6.5	11.2
完全寛解・非再発型	-	8%	7%	4%	7%	-
不全寛解・非再発型	-	21%	21%	4%	0	-
完全寛解・再発型	-	20%	23%	25%	21%	-
不全寛解・再発型	-	18%	34%	45%	48%	-
精神病性症状持続型	-	33%	15%	20%	21%	-
その他の型	-	-	-	2%	3%	-

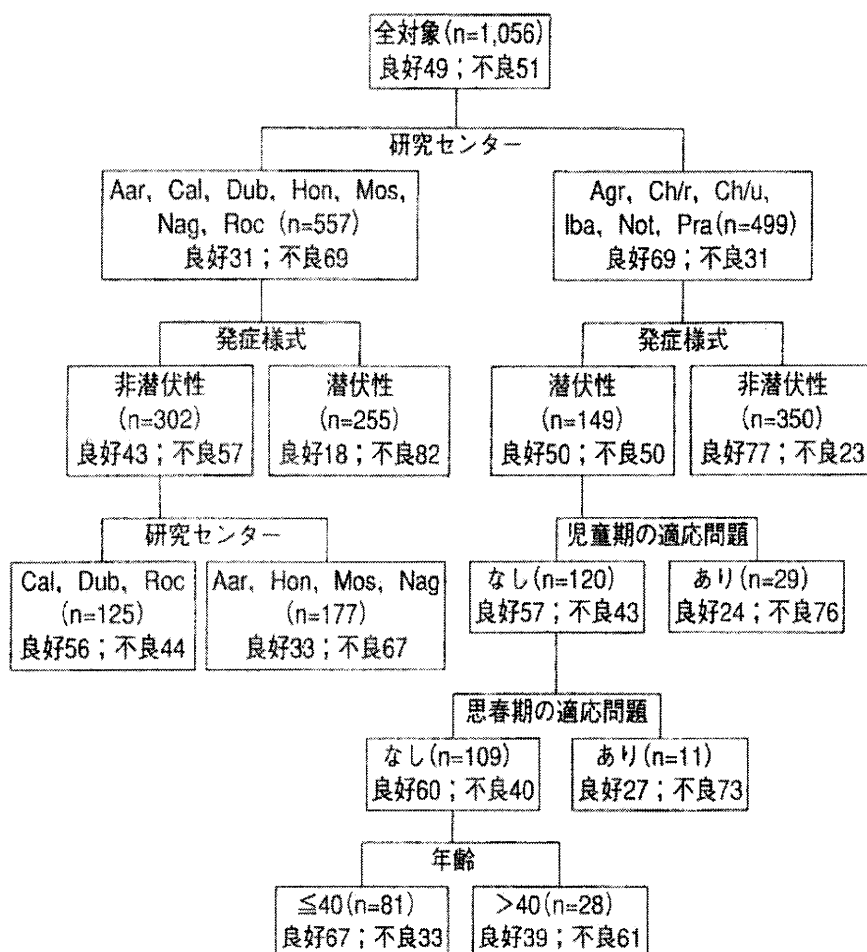


図 1 経過パターンに係る予測樹 (転帰良好・不良の割合)

図1は、ISoSの結果から導出された国際比較における経過パターンの予測(Prediction Tree for Pattern of Course)といえるものである。これを見る限り、「統合失調症(精神分裂病)の国際パイロット研究(International Pilot Study of Schizophrenia; IPSS)の折りに言及された「先進国より開発途上国の方が予後良好」を追認した結果になっている。転帰を如何に評価するかの問題は残るにしても、研究センター別に見るとAar(Aarhus, Denmark)、Dub(Dublin, Ireland)、Hon(Honolulu, USA)、Mos(Moscow, Russia)、Nag(Nagasaki, Japan)、Roc(Rochester, USA)など先進諸国からの事例に予後不良群が有意に多く、Agr(Agra, Nigeria)、Ch/r(Chandigarh/rural, India)、Ch/u(Chandigarh/urban, India)、Iba(Ibadan,)などで予後良好が多い(なかに、例外的な研究センターがあることは否定できない)。Aar、Hon、Mos、およびNagでは、発症様式が「非潜伏性」であっても予後不良が目立っていた。結局、長崎センターに

おける事例では、急性・亜急性発症であっても慢性例に近似して予後が芳しくないという結果になっていたのである。本研究の対象例は、採用症例として研究対象に組み込まれた後、通常の診療が発見された精神科病院などの施設で行われており、殆どが入院治療を受けている。従って、統合失調症のかなりな事例が入院治療を余儀なくされている日本の現状との関わりが寄与しているように考えられる。

2. 気分(感情)障害

気分障害については、うつ病を中心に一般診療科での受診状況に関する調査や、そうした患者と精神科受診中の患者における臨床特徴の違いに関する調査などを行ってきたが、最近では統合失調症と同様に、WHOが主体となったコモンメンタルディスオーダーに関する精神保健調査で、日常遭遇することの多い精神疾患(Common mental disorders, CMD)の有病率調査を実施してきている。

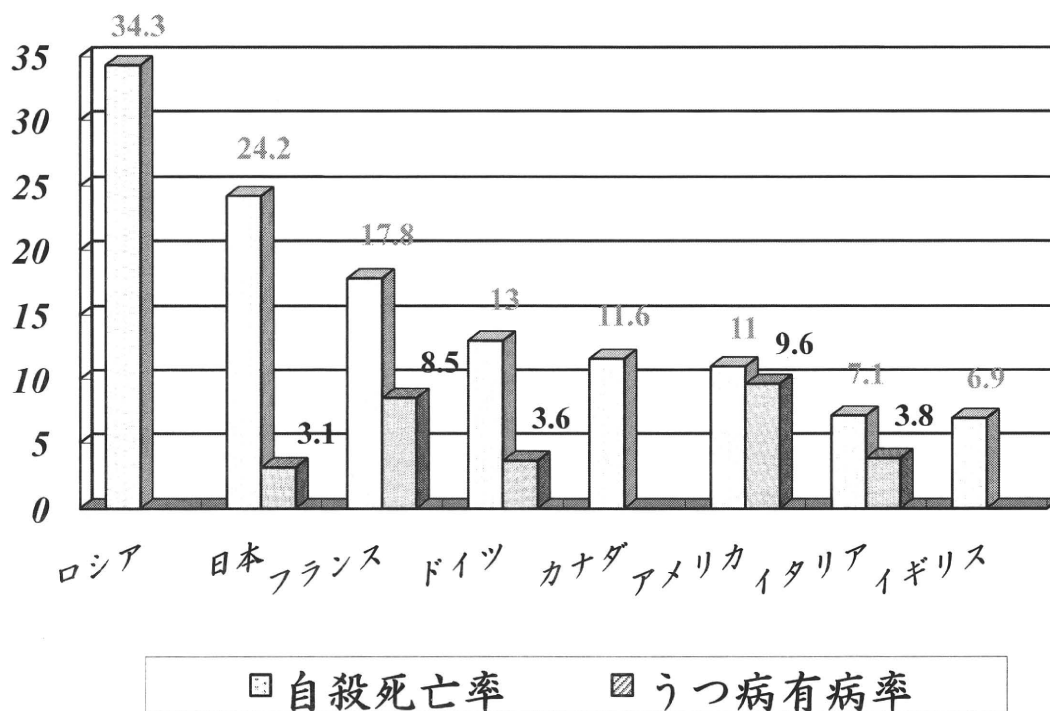
表3 WHO/WMH-J調査:気分障害(うつ病など)の頻度(%、ICD-10)

	生涯有病率	年間有病率	月間有病率
20-34歳	10.4	4.8	0.4
35-44歳	8.1	2.1	0.3
45-54歳	9.7	3.6	1.0
55-64歳	7.9	2.4	0.7
65歳以上	3.8	0.8	0.2
全対象	7.5	2.5	0.5
男性	4.6	1.4	0.3
女性	9.9	3.4	0.7

同研究は、世界 10 数カ国が参加して、各国における CMD の頻度を明らかにしようとするもので、日本からは長崎だけでなく国内 6 県（岡山、鹿児島、栃木、山形、神奈川）の研究センターが調査に参加している。そこでは、8,316 名を調査対象として抽出し、4,134 名の個人面接を終了（55.1%）した結果が得られている。この 4,134 名について、WHO が開発した構成面接法 CIDI によって得られた精神科診断を国際疾病分類第 10 改訂版（WHO/ICD-10）に則って分類し、何らかのうつ病の有病率を生涯・年間・月間の 3 タイプ別、かつ年齢群

別に要約したのが表 3 である。

ここで、生涯有病率 7.5%とは、国民の約 13 人に 1 人が、生涯に一度はうつ病を発症する可能性があることを表すと理解できる。米国精神医学会（APA）が提案している DSM-IV システムによる有病率もあるが、大きな差異を見ないのでここでは詳細を省略し、全対象における生涯有病率、年間有病率、月間有病率の数値を記すに止めたい。それらは、夫々 8.9%、3.1%、0.6%であり、ICD-10 のデータより僅かに高値になっている。



注：自殺死亡率は人口 10 万人あたり（WHO-HP のデータ）、うつ病有病率は ICD-10 による WHO/ WMH データ(2004 年まで) での「何らかの気分障害」年間有病率 (%)、ロシア・カナダ・イギリスは不参加

図 2 G8 参加国における自殺死亡率とうつ病有病率

近年、国際政治の中で主要国首脳会議などとして周知の G8 参加国における自殺死亡率とうつ病有病率とを対比させたのが図 2 である。G8 諸国の中でロシアは断然高い自殺率であり、その次に日本が高い国

になっている。G8 の中で、最高のうつ病有病率を見たのは米国であり、日本の 3 倍を超えるほどである。しかし、自殺死亡率に関しては、日本が米国の 2 倍を超えるまでになっている。自殺がうつ病罹患とだけ

相関しているわけではないにしても、うつ病から見た日本の高い自殺率を説明しようとする、うつ病などの気分障害の専門家

への相談・受診の頻度を見ても重要であろう。

表 4 ICD-10F 生涯診断による疾患別の受診・相談行動 (%)

	何らかの気分障害	何らかの神経症圏害	何らかの精神疾患
精神科医	20.3	15.4	14.8
一般医	13.9	16.8	13.1
医師合計	30.3	26.7	24.3
他の専門家	8.7	6.8	5.5
他の相談先	8.4	9.2	6.5
受診相談先の合計	36.8	33.8	30.0

注：受診・相談先は、精神科医=精神科医、一般医=一般開業医、かかりつけ医、循環器医、産婦人科医、泌尿器科医など、その他の医師、医師合計=精神科医または一般医。他の専門家=心理士、ソーシャルワーカー、カウンセラー、心理療法家など他のメンタルヘルス専門家、看護師、医療助手など他の医療専門家。

他の相談先=お坊さん、牧師などの宗教家、漢方医、整体師、心霊術師、霊媒師など他の治療家。相談先の合計=上記いずれかの受診・相談先の計。

表 4 は、WHO/WMH-J における有病者の疾患別受診・相談行動の頻度を要約している。この表から分かるように、気分障害や神経症圏害など、いずれの精神疾患 (CMD) 群においても何らかの相談をする人はせいぜい 3 割に止まり、多くは放置している。罹病していながら放置している結果として、自殺に至る事例のあることも否定できず、いわゆる精神疾患に関する適切な啓発の必要性が指摘されよう。

著者らが行った他の調査研究において、

結 論

精神障害者への対応について、その基礎資料となるように、著者らがこれまでに行ってきたデータを要約した。詳細な方法論

日本の一般的な国民の精神疾患に対する偏見差別はオーストラリアなどと比較して小さくなく、精神障害者に対する社会的距離の大きいことも知られている。これらが、一端精神疾患に罹病しても早急な受診や治療開始への躊躇いをもたらすのであれば、精神障害者への対応のあり方について更に考えるべき話題があるといわざるを得ないようである。

の記述なしに結果のみを記したため、理解しがたい部分が生じたかも知れないが、本邦における動向を把握するきっかけになることを期待したい。日本から諸外国への発信を企図して、参考資料の英訳を試み

つある。

いわゆる疫学所見として、諸外国からのデータはいくつか確認できるにしても、本

邦からの数滴根拠の紹介は極めて少なく、今回のような研究を展開していく上での情報の一つと理解して欲しい。

参考文献

- 1) 中根允文 (単著) : 社会精神医学のいま、中山書店、東京、2010.
- 2) 中根允文・吉岡久美子・中根秀之 (共著) : 心のバリアフリーを目指して、勁草書房、東京、2010.
- 3) H. Ichinose, Y. Nakane, H. Nakane, H. Kinoshita, Y. Ohta, S. Honda & H. Ozawa: Nagasaki schizophrenia study:

Relationship between ultralong-term outcome (after 28 years) and duration of untreated psychosis. *Acta Medica Nagasakiensia* 54: 59-66, 2009.

- 4) Y. Nakane, K. Takada, K. Yoshitake & K. Hatada: Chapter 15, DOSMeD: Nagasaki, Japan, In "Recovery From Schizophrenia (eds.by K. Hopper, G. Harrison, A. Janca & N. Sartorius), pp 164-176, 2007.

資料:海外における精神科入院医療制度についての要約(PPT)、伊藤弘人による

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6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人目の医師を待つことが「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

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	(判断者と同一)	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)	(判断者と同一)	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	(判断者と同一)	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	(判断者と同一)	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

図1. AMHP*が起点となる非任意入院手続きの概略

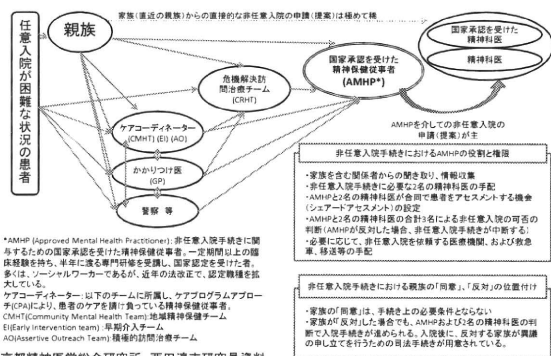


表3. 入院の類型ごとの特徴

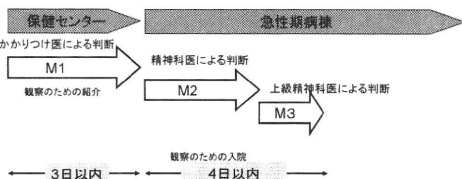
名称	概要	目的	対象者	権限の主体
Involuntary treatment (非任意治療)	段階1: (地域医療を担当する) 医師(主として精神保健センター)による観察のための入院の指示 段階2: 精神科病院で観察を担当する医師による観察結果の記述。もし不適であれば直ちに退院 段階3: 前者で適切という判断であれば、精神科を専門とする主任医師による非任意入院の決定	記述なし	・精神疾患である ・治療をしなければ重症化する、ないし本人ないし他者への害の危険がある ・他の方法では不十分	段階1: 地域の医師 段階2: 精神科病院での担当医師 段階3: 精神科を専門とする主任医師

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

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)によって異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

表4. 入院の類型ごとの特徴

型	名称	概要	目的	対象者	権限の主体
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性症 退院 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性症 退院 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望書、(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) 退院 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、生還に速る医療的指導が必要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望書、および(2)医師による入院加療必要証明書 退院 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、生還に速る医療的指導が必要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, Medecins Sans Frontières)

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経緯を評価入院後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	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経緯を評価入院後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

杉浦貴宗医師(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)

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

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、保護者の命令申請 段階2: 治療に期待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、専門家の召喚、審理、決定	記述なし	・精神疾患が対象者自身にとっての危険に該当 ・危険を精神科病院以外の施設又は施設への介入によって回避できない	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立書の添付 段階2: 検察官による申立て(申立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週間以内決定	記述なし	・精神疾患の継続と、対象者にとっての危険の持続 ・当該施設を精神科病院以外の施設又は施設への介入によって回避できない	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)が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)の写しを手送すものとする。	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 ・当該施設が差し迫って利用できないため、仮命令の申立を持つ時間がない ・当該施設を精神科病院以外の施設又は施設への介入によって回避できない	・市長(権限の運行の市会議員への委任が可能) ・市長(仮収容命令の執行を、精神疾患を有する者のために十分な理由がある場合に、警察官の支援を受けて政策実行の運行の担当職員に委任) 市長からの指名者は、自他に危険の及ぼされる物品を、対象者から取り上げることができる。また対象者の署名又は身体を模倣する権限を有する。

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)	治療に期待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	検察官から請求を挙げた裁判所が命令
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)、又は精神科医がい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、申告を行う医師が精神科医の一般職医ではない場合は、可能であれば、事前に当該一般職医に相談するものとする。直轄の文に定める相談が行われなかった場合には、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

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: 治療に期待していない精神科医による申告 段階2: 検察官は、主治医が対象者と協議した作成された治療計画を添付 段階3: 検察官による条件付き命令申立て 段階4: 裁判所による治療計画の審議、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原因である ・精神科医、精神障害者施設又は高齢者介護施設ではないもの、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(検察官からの請求)
Observation order (観察命令)	注: 対象者を精神科病院に入院させ監視することを義務付ける命令。検察官からの請求。 条件: 検察官が、対象者が精神障害のため対象者自身にとって危険であると認める十分な根拠が存在するものとする。	記述なし	・対象者が精神疾患に罹患していること ・かかる状態のため、対象者が対象者自身にとって危険であること。	裁判所(検察官からの請求)

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ヶ月以内 治療計画には、命令条件が対象者が遵守しなかった場合(又は条件の遵守が認められず精神科病院で治療を受けることができなかった場合)には対象者を入院させる精神科医の命令を提出する 上記条件(または入院を要求した場合は、精神科医の同意は、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送る機会を有するまで、又は治療に期待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医に提出するまでは、開始してはならない。	対象者本人 裁判官(警察官は選りかか本人に代り) 対象者の地位の口頭による説明 治療医(検察官は、対象者の同意を得て、治療計画を変更することができる。審判官は、裁判官及び当該裁判所による審問中に、直ちに送付する)	裁判所(検察官からの請求)	対象者又は治療医(検察官は、命令条件の変更又は別の治療医の任命を裁判所に申し立てることを検察官に審問で請求することができる。医師が入院決定した時点からは、条件付き命令を撤回し、治療医に通知して取り消す)

国立精神・神経医療研究センター 鈴木友理子室長資料

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)
 - 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)
 - 市長・都守・区庁長による入院(精神科専門医または精神保健専門員が診断および保護を申請、2週間以内)
 - 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時間において入院と決定することができる。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: 趙峯花研究員(国立精神・神経医療研究センター)

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項の抜粋:
 - 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
 - 他のより優し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
 - 他のより優しい代替手段の検討
 - 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、直ちに解消されなければならない。

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	<ol style="list-style-type: none"> 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掲げる 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際した事前の要請があれば、可能なかぎり配慮される。やむを得ず事前要請と異なる処置を強ずる場合は、患者、保護人、メンタルヘルスコミュニティーに書面 で理由を示す 	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	・評価命令・治療または精神保護の、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の推薦により Governor in 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(最大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18時まで(1日)または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	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か月ごとに裁判官へ報告
Sweden	精神科医・医療施設長の管理医師	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か月(入院)

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

資料:イタリア 1978 年 12 月 23 日_ 第 833 号法令_ (抜粋)
国民医療制度の制定 (試訳)

1978 年 5 月 13 日制定の第 180 号法令の大部分は、同 1978 年 12 月 23 日に制定された
国民医療制度設立を定めた第 833 号法令に統合された。

<以下はその中の精神医療制度に関する重要な部分の抜粋である。>

1978 年 12 月 23 日 第 833 号法令 (抜粋)

国民医療制度の制定

第 1 章 国民医療制度

第 1 節 理念と目的 (第 1 条、第 2 条)

- ・第 1 条 理念
- ・第 2 条 目的

第 2 節 管轄と構造 (第 3 条から第 18 条)

- ・(中略)
- ・第 14 条 地域医療事業体
- ・(中略)

第 3 節 業務と役割 (第 19 条から第 46 条)

- ・(中略)
- ・第 33 条 任意および強制治療の診断と実施についての規定
- ・第 34 条 精神疾患の任意および強制治療の診断と実施
- ・第 35 条 精神疾患の入院での強制診断や治療に関する手続きと法的保護
- ・(中略)

第 4 節 人事 (第 47 条、第 48 条)

第 5 節 監査、会計、資金 (第 49 条から第 52 条)

第 2 章 国民医療制度の計画と実施に関する手続き (第 53 条から第 63 条)

- ・(中略)

第 3 章 暫定規定と最終規定 (第 64 条から第 83 条)

- ・第 64 条 精神医療に関する暫定規定
- ・(中略)

第1条 理念

- ・ イタリア共和国は国民医療制度を通じ、個人の基本的権利としてまた共同体の利益として国民の健康を守る。
- ・ 心身の健康の保護は各人の尊厳と自由の尊重の下で行われなければならない。
- ・ 国民医療制度は、全国民の心身の健康促進、健康管理、健康回復を目的とする任務、施設、サービス、その他の活動などすべてによって構成される。上記の実施に当たって個別の状況、または社会状況にかかわらず、また公共サービスに対する国民全体の平等を保障する方法に従い行われなければならない。国民医療制度の実施は国、州、地方自治体が行うものであって国民の参加がなければならない。
- ・ 国民医療制度では、個人や共同体の健康状態に何らかの方法で影響を及ぼす、社会活動を行っている他の医療機関、センター、医療施設、サービス施設の様々な活動における連携、調整が保証される。
- ・ ボランティア団体は、本法令によって定められた方法と形態で国民医療制度の任務に協力することが出来る。

第2条 目的

- ・ 前条で定められた目的の遂行は以下の事項を以って行われる、
 - 1) 個人や共同体の適正な保健衛生教育を基にした近代的な衛生医療認識の形成
 - 2) あらゆる生活環境や労働環境における病気と事故の防止
 - 3) 疫病(その原因、現象、期間がどれであっても)の診断と治療
 - 4) 心身の障害と不能の機能回復
 - 5) 生活環境と労働環境における健康と衛生の促進と保護
 - 6) 人体の健康に影響する可能性のある食物飲料、その他動物性製品や動物性残存物の衛生管理、さらに家畜の疾病の予防と健康管理、ならびにその飼料の総体的管理および医薬品添加物に関する管理
 - 7) 医薬品の実験から製造、市場への供給、流通までの管理、医薬品の治療的効果、無害性、経済効率を確立する為の科学的情報の管理
 - 8) 国民医療制度に従事している職員の継続的な職業教育、および科学的文化的研修
- ・ 国民医療制度はその権限の範囲内で以下のことを目指す、
 - a) 公共医療の地域的格差の克服
 - b) 労働者、労働者組織との協力を通じて健康を損なう恐れのある労働状況の防止や排除、工場や他の労働現場での必要な器具やサービスの確保による労働の安全
 - c) 出産に関する慎重で良識ある判断と母子の保護。その目的は妊娠出産にかかわる危険要因の減少を図り、母体の健康の最良の状態を確保し、周産期と幼児期における罹病率と死亡率の低下を図ることである。
 - d) 成長期の健康促進。このために保育園よりあらゆる教育の段階における公的私的施設での医療サービスを実行し、また障害のある人の社会への参加をあらゆる方法で支援する。
 - e) スポーツ活動の医療的サポート
 - f) 高齢者の社会的孤立を起こしうる要因を予防したり排除することを目指した高齢者の健康管理
 - g) 精神衛生の保護。そのために防止活動を重視し、精神医療サービスを全般医療サービスの中に取り入れる。これにより、治療対策の様々な特性があるものの、すべての差別や隔離の方法を排除し、精神疾患をわずらっている人たちの回復と社会復帰を支援する。
 - h) 環境、水質、土壌汚染の原因の特定とその除去

第14条 地域医療事業体

- ・ 地域医療事業体の活動管轄領域はその地域の地形的特徴、および社会的経済的特徴に配慮して決定され、通常人口は5万人から20万人の地域で決定される。
- ・ 人口の著しく密集した地域や過疎化の特に進んだ地域では、また市町村の領域と地域医療事業体の範囲を出来る限り一致させる目的で、前項で定めた人口より高い人口、または特殊なケースではより少ない人口の地域を認められる。

- ・地域医療事業体は所定の活動の範囲内で特に以下のことに力をいれる、
 - a) 公衆衛生教育
 - b) 環境衛生
 - c) 心身の疾病の個人的集団的予防
 - d) 母子の衛生管理、小児医療、慎重で良識ある出産の権利の擁護
 - e) すべての公立私立の教育施設における医療保健教育
 - f) 労働環境における衛生と医療、職場での事故防止と職業病の予防
 - g) スポーツ医療およびスポーツ活動の衛生管理
 - h) 在宅、外来での一般治療と看護
 - i) 心身疾患の在宅、外来での専門治療と看護
 - l) 心身疾患の入院治療
 - m) リハビリテーション
 - n) 投薬治療と薬局の監督
 - o) 食物と飲料の製造、加工、流通、販売における衛生管理
 - p) 家畜の疫病防止と監督。以下のものにおける獣医による検査と監督：人間の食料の原料となる家畜、畜殺施設と加工施設、動物を原材料とする食品、家畜飼料、家畜から人間へ伝染しうる疫病、家畜の繁殖と飼育および衛生、家畜類への薬品。
 - q) 国民医療制度が所管する検証、証明書発行、その他の法医学的行為。ただし第 6 条第 33 項 Z 号に記載された行為は除外される。

第 33 条 任意および強制治療の診断と実施についての規定

- ・診断と治療は基本的に自由意思に拠る。
- ・本法令で規定された事例およびイタリア国の他の法律で個別に規定されている事例については、イタリア国憲法第 32 条に従い強制治療の診断・実施は医療当局が行うことができる。但しそれは、個人の尊厳、市民権、参政権を尊重しつつ、医師ならびに医療機関の選択の自由の権利を可能な限り保証して行われなければならない。
- ・強制治療の診断・実施は、医師からの理由が明記された要請により、医療当局責任者として市長の命令により遂行される。
- ・強制治療の診断・実施は地域の公共医療機関や拠点がおこなう。入院治療が必要とされる場合は公共医療機関および契約の結ばれている私立医療機関で実施される。
- ・前項に述べた強制治療の診断と実施には、強制される患者の同意および参加を保証する為の活動が伴わなければならない。地域医療事業体は、病気予防や衛生教育を展開し、医療機関と地域社会間の良好な関係を築くことによって、上記の強制的医療行為の数を減らすように努めなければならない。
- ・強制治療の期間中、患者は患者自身が適切と思う人と接触を取ることができる。
- ・誰もが、強制医療行為が命じられた、あるいは更新された措置の撤回や修正を市長に求めることができる。
- ・市長は撤回や修正の申し立てに対し 10 日以内に決断を下さねばならない。撤回や修正の措置は、設定や更新された措置と同等の手続きがなされなければならない(訳注：このセンテンス意識してある)。

第 34 条 精神疾患の任意および強制治療の診断と実施

- ・各州の法令は、地域医療事業体の範囲および衛生保護を目的とする全体のサービス範囲において、精神衛生に関する予防、治療、リハビリテーションを行う部門を持つ医療施設の設置を規定する。
- ・前条項第 2 項の規定は精神病患者に適用される。
- ・精神疾患の予防、治療、リハビリテーションは、第 1 項に規定された病院以外の医療施設とその他地域にある拠点にて通常は行われる。
- ・精神疾患の強制医療は入院という形で治療が行われることもあるが、それは、緊急の治療処置が必要とされる精神症状がある場合、患者がこれらの緊急処置を受け容れない場合、病院以外での迅速で適切な治療対策をとることをゆるさない状況や状態に陥った場合、この 3 つの事情のみに限られる。
- ・入院治療での強制医療行為を命じる措置は、第 33 条第 3 項の医師の要請の再確認が先に行われなければならない、また同項(つまり第 33 条第 3 項)(訳注：このセンテンス意識してある)の規定に基づかなければなら

い。

- ・前項に該当する場合、強制入院は総合病院で行われなければならない。その場合、入院は治療の継続性を確保するために病院外の拠点やサービスを含む精神衛生のために設置された部門内にある診断や治療の為の専門精神サービス区域で行われる。本項で規定する医療機関は、州の医療事業計画によってあらかじめ定められたベッド数を有しなければならない。

第 35 条 精神疾患の入院での強制診断や治療に関する手続きと法的保護

- ・市長が入院での強制治療を命じる措置は、第 34 条第 4 項の規定の認可から 48 時間以内に交付されなければならない。それは第 33 条第 3 項の規定にある医師の理由付けの申請および上記第 34 条第 4 項の認可を添付し、その措置は強制入院より 48 時間以内にその自治体が所属する後見判事に提出されなければならない。
- ・後見判事はその後の 48 時間以内に情報を収集し、必要と認められた場合はその他の確認をした上で、理由付けの判決で市長の措置に対する認可の可否を決定し、それを市長に告知する。市長の措置が却下された場合、市長は入院での強制治療の停止を命じる。
- ・本条第 1 項の措置が患者の居住する地方自治体とは異なる自治体の市長により講じられた場合、措置は患者の居住する地方自治体の市長およびその地方自治体が所属する後見判事に通告されなければならない。本条第 1 項の措置が外国籍居住者や無国籍居住者に講じられた場合、公安担当知事を通して内務省ならびに該当領事館へ伝達されなければならない。
- ・強制治療が 8 日以上、またさらなる延長が必要な場合、地域医療事業体の精神医療部門の担当責任医師が、迅速に、強制入院措置を命じた市長へ理由付けの延長要請を提出しなければならない。その要請を受け取った市長は、本条第 1 項と第 2 項が規定している方法と目的によって強制入院治療の予測されるさらなる延長期間を明記し、後見判事へ伝達しなければならない。
- ・担当責任医師は患者を退院させた場合でも、継続入院の場合でも、強制治療を必要とした条件がなくなったことを市長に伝えなければならない。また同担当責任医師は同継続治療が不可能となった場合はその旨を市長に通告せねばならない。同担当責任医師の通告から 48 時間以内に後見判事に知らせなければならない。
- ・必要が認められた場合、後見判事は、患者の財産を保護し管理する為に緊急措置を講じる。
- ・本条第 1 項、第 4 項、第 5 項に定められた伝達を怠った場合、措置のあらゆる効力は失われ、公務における職務怠慢の罪となるが、これより重い犯罪の条件が存在する場合はこの限りではない。
- ・強制治療を課せられた者およびそのあらゆる関係者は、後見判事の認可した措置を覆す目的で管轄裁判所へ控訴することが出来る。
- ・市長もまた、本条第 2 項に定められた期間の終了日から 30 日以内に、強制治療を命じた措置が認可されなかったことに対し、管轄裁判所へ控訴することが出来る。
- ・裁判において当事者は弁護士なしで出廷が認められ、また控訴書類そのものまたは別紙に書かれた委任状で代理人をたてることが出来る。控訴書類は配達証明付き郵便書留にて裁判所へ提出することができる。
- ・裁判長は当事者の出頭日を決定し、その旨控訴書類上に記入され書記官を通してその決定が両当事者および検察に通告される。
- ・裁判長は強制治療を命じた措置文書入手し、検察官の意見を聞いた上で、審議が行われる前であっても該当措置を停止させることが出来る。
- ・裁判長は入院治療停止要請に関してその要請提出日より 10 日以内に決定を下す。このため裁判所は検察官の意見を聞き、職務としてあるいは当事者の要求に応じて、必要な情報や証拠を収集した上で審議室において判決を作成する。判決に対する控訴やその後の措置に対して印紙税は免除される。裁判の判決は記録の対象とはならない。

第 64 条 精神医療に関する暫定規定

- ・州は州の医療事業計画の範囲において、精神病院および精神神経病院を徐々に廃止することとし、その病院の入っている現存の施設または建設中の施設が空き次第それらの異なった用途を規定する。さらに州は、1978 年 5 月 16 日以前に入院させられて、入院での精神治療を必要とする患者は、その患者が要求した場合、精神病院に入院させることが出来るという暫定的例外措置が失効すべき期日を決定しなくてはならない。その期日は 1980 年 12 月 31 日以降であってはならない。

- ・上項で決定した暫定的例外措置失効期日以内に、地方公共機関が、専門的に精神治療活動を行っている私立施設等と結んでいた契約は例外なく解消されなければならない。
- ・いかなる場合でも、新しい精神病院の建設、既存の精神病院を総合病院の専門精神治療部門として利用すること、総合病院内部に精神科部門を新設すること、また総合病院内部に現存の精神科あるいは神経科または精神神経科をそのまま継続して使用することを禁ずる。
- ・第 66 条と第 68 条の規定に従い、州は本法が発効した段階で、各県に代理でまたは各県との協定により精神病患者の入院および治療を行っている社会福祉慈善公共機関ならびにその他の公共機関の財産と人員に対する処置を規定する。また州は、精神病・精神衛生サービス拠点の財産およびその拠点に従事していた県の職員に対する処置を規定する。またこれらのサービス機関や拠点が複数の州にまたがった場合、それぞれの州が互いに協議のうえ規定する。
- ・1979 年 1 月 1 日より、州は、公共精神医療サービス施設の人員を利用して第 35 条で規定された精神医療サービスを新設する。県内に公共精神施設が存在しない場合、州は州の医療事業計画の範囲において、また、地方医療事業体内に精神衛生保護拠点を設置する目的で本法が発効した段階で契約によりサービスを行っている私立精神施設の人員の配置先を、その人員から要求があった場合、決める。また必要があれば、上記拠点の運営に必要な職員を採用試験を行って採用する。
- ・本条第 1 項に定めた州の医療事業計画が採用されるまでの期間、第 34 条第 5 項に定めた諸サービス拠点は精神衛生保護の為の治療活動の継続を保証するために、1969 年 3 月 27 日発令のイタリア共和国大統領令第 128 番に従って整理され、ベッド数は 15 を超えないように整備する。第 47 条に定めた措置が採用されるまでの間、精神病院の院長、部長、医師および看護師の医療に関する権限は 1969 年 3 月 27 日発令のイタリア共和国大統領令第 128 番第 4 条、第 5 条、第 7 条によって規定されているものとする。
- ・本条第 1 項に定めた州の医療事業計画が採用されるまでの期間、1974 年 7 月 8 日の暫定措置令第 264 番第 6 条、および 1974 年 8 月 17 日付第 386 号法令で修正した、前述の暫定措置令に定められた禁止事項は、社会福祉慈善公共機関やその他の公共機関や県によって運営されている精神病院および精神神経病院に適用されることとする。本法が発効した時点で採用試験が進行中であった場合、本法の発効以前それぞれの団体が行っていた手続きに従って継続的に行われることとする。
- ・1977 年 6 月 24 日のイタリア共和国大統領令第 616 番第 27 条 i 号に定められた医療従事者の中には、1909 年 8 月 16 日の勅令第 615 番第 24 条によって定められた看護師も含まれる。本法第 6 条 a 号によって規定された物事は有効のままとし、州は精神病院が廃止されることを見越して、また地域医療事業体が管轄する精神衛生のためのサービス全体で看護師が新しい役割を果たさなければならないことを目指し、その看護師の研修および再教育を行う。
- ・1978 年 5 月 13 日付け第 180 号法令第 7 条最終項は有効のままである。

資料：Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Act (BOPZ)

精神科病院（強制入院）法（英語版）の翻訳（鈴木友理子による）

精神科病院（強制入院）法 （2004年6月現在）

インターナショナルパブリケーションシリーズ厚生・福祉・スポーツ第4号

ハーグ、2004年7月

厚生・福祉・スポーツ省

本シリーズは、厚生・福祉・スポーツ部門に特に関連するオランダの政策に関する情報を提供するものである。また、本シリーズは関連法規の全文を掲載している。対象集団は、厚生・福祉・スポーツ省に相当する外国の機関、国際機関、オランダ王国の在外公館、オランダ国内の外国公館、研究者その他の専門家である。

目 次

I 序論

II 精神障害者の国家による監督に適用される 1884 年 4 月 27 日法（法律、命令、布告集 96）に代わる 1992 年 10 月 29 日法

第 I 章 総則

第 II 章 入院

第 1 節 仮命令

第 1 節 a 条件付き命令

第 1 節 b 観察命令

第 2 節 収容延長命令

第 3 節 仮収容及び仮収容延長命令

第 4 節 患者の請求による司法命令

第 5 節 補償

第 III 章 強制収容される患者の権利

第 IV 章 一時退院及び退院

第 V 章 法務大臣が共同責任を負う患者

第 VI 章 行政規則

第 1 節 入院及び収容に要する書類

第 2 節 情報の登録

第 3 節 調査官及び検察官に対する情報提供

第 VII 章 患者のコンフィダントの職務

第 VIII 章 裁判所の介入によらない精神障害者施設及び高齢者介護施設への入所

第 IX 章 精神保健調査団の役割

第 X 章 検察庁の任務

第 XI 章 刑法規定

第 XII 章 最終規定及び経過規定

序論

精神科病院（強制入院）法は、1884年に成立した旧精神障害者法に代わるものとして、1994年1月17日に発効した。強制入院法の最も重要な目的は、強制入院の際及び強制入院中における精神病患者の法的権利を保護することである。精神障害者法と強制入院法の第一の大きな違いは、後者の適用範囲である。強制入院法は、一般精神科病院への強制入院のみならず、総合病院や教育病院の精神科への強制入院や、高齢者介護施設、精神障害者施設への強制入所にも適用される。後二者の種類の施設の場合は、評価委員会が関与する別途の手続が同法により認められている。

精神障害者法との第二の大きな違いは、強制入院法が施設に強制入所中の患者の権利を定めていることである。治療計画、強制治療の使用、資源の使用、規則の適用、患者の自由の制限、苦情処理手続、裁判所に対する問題の申立手続が定められている。また、入退院の際の患者の権利も定められている。同法の定期的な見直しを義務づける規定（第71条）も置かれている。最初の見直しは1996年末に行われた。最も重要な結論は、同法がその目的すなわち法的権利の保護を達成するものであるということである。

2002年3月、強制入院法の第二回評価に関する報告が発表され、国会に提示された。第二回評価報告書には、政府、実施に関与する高齢者介護施設、統括組織に向けた35項目の提言が記載されていた。これらの提言は、情報公開活動（特に、患者に対するもの）や、施設による同法の実施の改善などの事項に関するものである。第二回評価により行われた最も広範囲の提言は、老年期精神疾患患者及び精神障害者に対して提供されるケアに関するものである。このようなケアは、1994年に強制入院法が発効してから、制定法による規制の対象となったものである。それ以前は、精神医学は精神障害者法により規制されていた。

見直しの結果、数多くの提言が行われ、政府はこれまでにそれらの提言の評価を行っている（Rijswijk、1997年12月）。政府は、同法、仮命令、自己引渡しの技術的・手続的側面のほか、診断が確定していない者に対する強制治療の適用に関する規定の拡張について、公式見解を表明している。次の見直しの結果は、2002年の初めまでにオランダ議会上院に提出しなければならない。

提言35は、老年期精神疾患のケア及び精神障害者のケアに適用される新たな規制制度を設置すべきというものであった。これは、強制入院法が不適切な規制手段であると考えられたためである。1997年の段階では、これらのケアの分野において同法を適用するにあたって関連して起こる問題点は、初期の困難にすぎないとみなされていた。しかし、同法が発効から8年以上が経過し、もはやそのような問題とみなすことができなくなった。

第二回評価に対し、内閣はまだ回答を発表していない。

第二回評価以来、数多くの修正が強制入院法に対して行われている。例えば、条件付き命令及び観察命令という2種類の裁判所命令が新たに導入された（法律、命令、布告集2002年431）。裁判所は2004年1月1日から条件付き命令を行う権限を有することとなっている。

このような選択肢を導入した目的は、適切な場合に、強制入院に代わる手段を用いることができるようにすることであった。新制度の下では、精神病患者がもたらす危険に精神科病院外で対処できるように、一定の条件に服することを精神病患者に義務づけることができる。したがって、精神科病院外で危険に対処することを義務づけるために通常の裁判所命令を用いることはできないという点で、条件付き命令は通常の裁判所命令とは異なる。しかし、条件付き命令は、入院をさせずに

危険に対処することが可能であることが明らかでなければ、強制入院につながりうる。条件付き命令が強制入院につながった場合は、通常の裁判所命令に伴う条件が発効する。

条件付き命令は精神病患者のみに用いることができ、老年期精神疾患患者や精神障害者には用いることができない。これは、老年期精神疾患や精神障害のケアにおいては、患者が施設外で自分の面倒を見られないおそれがあるという危険があるからである。したがって、このような場合には条件付き命令は不適切であろう。

観察命令は新形式の裁判所命令であり、観察目的で3週間の入院を課することができるというものである。観察命令は、通常の裁判所命令や条件付き命令よりも幅広い場合に行うことができる。例えば、対象者が精神疾患を有することや、対象者の疾患ゆえに危険があることが、証明可能である必要はない。観察命令の場合は、精神疾患及びこれに関連する危険の存在が強く疑われれば足りる。

さらに、観察命令に対しては、異なる危険の基準が適用される。すなわち、観察命令は、対象者が自分自身に対して危険であるとみなされる場合に限り課すことができ、対象者が他人に対して危険であるとみなされる場合には課すことができない。また、観察命令の場合は強制の範囲がはるかに狭い。観察命令に基づいて入院させられている者には、本人の意思に反して薬物療法（第38条5項）その他の形式の治療（第39条）をすることができない

裁判所は観察命令を課す権限をまだ付与されておらず、この権限が設定された場合、当初は3年だけの試用期間となる予定である。この期間中に、この制度の機能がモニターされる。強制入院法は、観察命令制度について別途評価を行うべきこと（同法全体の機能に適用される5年周期の評価以外に評価を行うこと）を定めている。

また、試用期間の終了後に観察命令制度の評価が行われたら、評価報告書を国会に提出するという規定もある。試用期間中に収集されたデータに基づき、観察命令制度を維持すべきかどうかに関する決定が行われる。観察命令は2004年中に用いられるようになる予定である。

2004年1月1日からは、強制入院法に基づき入院させられた者を本人の意思に反して治療することができる場合について、より緩やかな定義が導入されている。従前は、患者が本人又は他人に対し重大な脅威をもたらす場合に限り、同意によらない治療を行うことができた。この「重大な」という語が、同法の該当規定から削除された。この変更は、同法の適用を受ける3つのケア部門すべてに適用される。

現在、下院は強制入院法に対するさらに2点の修正を検討中である。「自己引渡し法案（Self-Committal Bill）」は、患者が入院と治療の強制をみずから受諾する状況を定めた陳述書を作成できるようにすることを提案するものである。以後、そのような陳述書を作成した者が所定の状況に陥った場合には、たとえその時点で異議を表明したとしても、その者を入院させ治療することができるものとする。このような制度があれば、証明可能な危険を伴わない状況であっても、入院させ治療することができる。自己引渡し選択権は、裁判所命令により発効させることができるものとする。2種類の裁判所命令を用いることができるものとし、一方は強制入院・治療に適用されるもの、もう一方は強制治療のみに適用されるもの（患者が既に通常の裁判所命令又は条件付き命令により強制入院中である場合に用いる）とする。

2点目の修正は、現在国会で審議中であり、強制入院法の苦情処理手続の包括的改革を定めるものである。この法案が成立すれば、苦情申立に対し下級審が行った決定を、最高裁判所に上訴することができるようになる。また、この法案は、苦情処理委員会及びその決定に対する不服申立に関する手続の明確化も図っている。

強制入院法の次回（第三回）評価は、2007年に行われる予定である。

II 精神障害者の国家による監督に適用される 1884年4月27日法

（法律、命令、布告集 96）に代わる 1992年10月29日法

朕ことオランダ女王、オラニエ=ナッサウ公女等々たるベアトリクスは、神の庇護により、この賜物を見聞するすべての者に挨拶する。本書を以って以下を証する。

朕は、精神障害者の国家による監督を規制する 1884年4月27日法（法律、命令、布告集 96）に新法が取って代わることが望ましく、また、新法は、公的医療に関する既存の規制に鑑み、裁判所の命令により精神科病院に入院又は収容される者に主に関するものとすべきと判断した。

よって、朕は、国家評議会に諮り、議会と協議のうえ、本書により承認し宣言する以下の事項を承認し宣言した。