

201122040A

厚生労働科学研究費補助金 障害者対策総合研究事業

(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」

平成 23 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 中根 允文

平成 24 (2012) 年 3 月

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
研究代表者 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等について

1. 海外における精神科入院医療制度について（PPT 参照）…………… 11
伊藤 弘人 ほか
2. 強制入院に至らないためのサービス・政策の工夫（PPT から）…………… 16
西田 淳志 ほか
3. 英国の国家認知症戦略のビジョンと実際…………… 18
西田 淳志 ほか
4. 東アジアと東南アジアの精神保健医療…………… 25
伊藤 弘人 ほか
5. 中華人民共和国陝西省西安市における精神医療施設調査…………… 31
川口 貞親 ほか
6. 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
－韓国・中国との比較としての、日本の困窮者とメンタルヘルス－…………… 41
竹島 正 ほか
7. 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
－ホームレス状態等の困窮者とメンタルヘルスについての国際比較－…………… 47
竹島 正 ほか
8. 日本国内における精神科病院在院患者統計調査結果の再点検
－任意入院の現状－…………… 56
中根允文・半澤節子
9. 保護者制度のある日韓両国における家族の介護経験に関する調査研究…………… 61
半澤節子・中根允文 ほか
10. 精神科看護職の内在化されたスティグマに関する調査研究…………… 65
半澤節子・中根允文 ほか

B. 国際機関関連

1. WHO Collaborating Centres の活動と役割に関する研究…………… 69
中根 秀之
2. 災害時の国際機関等との連携とわが国の役割…………… 78
鈴木 友理子 ほか

3. アセアン諸国が構成している東南アジアの精神医療……………	94
新福 尚隆	
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	
4. 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……………	98
鈴木 満 ほか	
5. 在日外国人・在外邦人の精神医療に係る課題と整備、 およびアジアにおける精神科医療の比較検討に関する研究……………	102
岡崎 祐士 ほか	
6. 在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……………	113
白石 弘巳 ほか	
III. 資 料	
1. WHO 精神保健部と長崎大学医学部精神神経科学教室の連携（付 PPT）……………	135
中根 允文	
「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……………	153

I. 総括研究報告書

平成 23 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（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」（H21－障害－一般－010）

総括研究報告書

研究代表者 中根 允文（長崎大学 名誉教授）

分担研究者

岡崎 祐士（東京都立松沢病院）
伊藤 弘人（独）国立精神・神経医療研究センター）
川口 貞親（産業医科大学産業保健学部）
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(社会福祉学科)）
鈴木 満（岩手医科大学精神科）
鈴木 友理子（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
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）
中根 秀之（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科、精神医学）
西田 淳志（財）東京都医学研究機構・東京都精神医学総合研究所）

研究要旨

【目的】本研究班は、諸外国における精神保健医療福祉システムを現地の資料を基にし
ながら、精神障害者がどのように処遇されているかを明らかにし、その所見とわが国で
の現状を比較して今後わが国で取り組まなければならない諸点を検討して、行政の関連
機関に対して具体的提言を行っていく。

【結果】この3年間に欧米諸国だけでなく、東アジア諸国及び豪州などからの資料を翻
訳、あるいは現地の情報に通暁している研究協力者や現地の専門スタッフと会議を持
ち、研究対象とする分野について、別に記すような提言をまとめた。今回の調査研究は、
国際機関等における精神保健医療福祉計画の模様、海外諸国における非任意入院処遇
（強制医療）に関する現況と将来に向けての取り組み、それに対応する日本での現況と
背景について、精神障害を発病した在外邦人及び在日外国人への処遇などが主たるテー
マである。なお、平成 23 年 3 月に発生した東日本大震災がもたらした被災者支援の中
で、精神障害者への対応も新たに提言の話題となった。以下に提言のテーマを紹介して
要旨とする。

1. 国際機関・国際組織に関わる提言
2. 諸外国における強制（非任意）医療調査結果からの提言

3. アジア諸国における精神医療調査からの提言
4. 日本における現状の再検討からの提言
5. 精神疾患を持つ在外邦人および在日外国人への支援に関わる提言

A. 研究目的

諸外国の精神保健医療福祉制度と調査比較しながら、日本における関連制度改革への提言をまとめる。

まず、WHO 精神保健関連部局による各種プロジェクト（Mental Health Gap Action Project; mhGAP-IG, AIMS project、project Atlas など）の最新版を通覧し、分析した上で国内への紹介の必要性を探る。

次に、主要諸国における精神保健医療福祉システム・入院医療制度等に関する従来からの展開と最新情報を体系的に整理する。なお、幾つかのアジア諸国に関しては、現状に至る歴史的変遷とわが国の影響を総括し、今後わが国が果たしうる役割などについて検討する。アジアを含む諸外国の現状を、日本国内の状況と対比させながら、わが国が抱える改善点について考えてみる。

最後に、精神疾患を発症した在外邦人や在日外国人に係る支援体制および国内に居住する難民のメンタルヘルスを具体的に調査して、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。

B. 研究方法

WHO が収集した世界各国の精神保健医療福祉に関する最新情報を、公表された出版物および WHO の精神保健

関連部署スタッフとの聴き取り調査などからの情報を分析する。

諸外国のデータに関しては既に公表されている信頼性の高い情報を取捨し、必要に応じて直接当該地域の関係者、あるいは国内研究者で各国の状況に精通している協力者を抽出して直接聞き取る。

わが国の状況については、これまでに公表されている統計などを経年的に検索して、諸外国のデータと対比する。アジア諸国に関しては、直接、共同研究といった形で現地の研究協力者に参画してもらい、一定の知見を確立した上で、検討を加えた。

最後に、在外邦人・在日外国人の精神障害への対応に関しては、これまでに関わってきた分担研究者が従来データを再解析し、さらに新たな地域調査の実施、および在外公館・在日公館へのアンケート調査を実施しながら整理した。ほか、分担研究者が夫々に行ってきた主題につながる研究については、一応の決着をつけ、得られた知見を纏め、それをもとに提言していく。

研究班総体としての主題に関する成果、特に強制入院・保護者制度規定・非告知医療等に関する国際比較検討については、上記の研究結果などとともに、これを集約し、提言として要約する。

（倫理面への配慮）研究対象に対して倫理上特別の配慮を要する問題は無いが、資料や情報の利用等に関してはプライバシーを尊重した。

C. 研究結果及び考察

1. 国際機関および国際組織における精神障害者への対応に関する動向

本テーマに関わる研究者（中根允文・新福尚隆・鈴木友理子・中根秀之）は、いずれも WHO・WPA などの組織における作業を経験しており、WHO が関わる活動（WHO/MNH, WHO/WPRO, WHO 指定研究協力センター, WHO mhGAP, WHO Expert Advisory Panel et al.）の進行状況を、それぞれが個別に克明に把握し、そうした機関・組織との交流を継続しながら、国内関連領域へ最新知見のフィードバックを図っている。

中根允は、WHO Expert Advisory Panel Member の一人として、WHO 本部から送付される資料に注目しつつ、平成 23 年度は、特に WHO/DAS2.0 の日本語版開発に関わった。WHO 精神保健関連部局は ICIDH を開発し、更に ICF を構築していく過程で 2010 年に WHO 障害評価表 2.0 (Disability Assessment Schedule 2.0) の開発を進めており、彼は WHODAS 日本語版試案を確定版に発展させた。本評価表については、間もなく公表される。

新福は、WPRO での経験を通して、東アジア諸国における精神科医療の現状を共同研究という形式で明らかにした。向精神薬のアジア諸国への導入は欧米に比して遅れてきたものの、今では殆ど有意なギャップを見なくなっている。とはいえ、精神医療全体を見た

とき、精神科医数や他のスタッフ数の不十分さから、未だ適正とはなっておらず、日本以上に入院中心の医療、あるいは薬物治療中心の状況になっていた。こうした結果を基に、新福は以下のように提言する。

- i. 周辺アジア諸国との精神医療分野における情報の定期的な交換
- ii. 医療資源の少ない周辺東アジア諸国における家族や地域を活用した地域精神科医療サービスの研究
- iii. 精神医療政策形成への援助、具体的には中国の精神保健法成立への技術的援助
- iv. 台湾の強制的地域精神治療法の最近の導入と成果の検討
- v. 韓国における私立精神科病院の急増の分析
- vi. アジアにおける精神医療分野での人的資源養成への支援、とりわけ日本における精神保健福祉士に関わる制度及び業務の紹介
- vii. 精神保健福祉センターの制度と業務の紹介をアジア諸国に行い同様な施設との意見交換・学術交流
- viii. 東アジア諸国における儒教的な価値と家族制度の変容と精神医療に及ぼす影響の検討
- ix. 急速な高齢化を迎える東アジア諸国への日本の介護保険制度の紹介と地域における高齢者サービスに関する共同研究

30 年以上、WHO の地域研究協力センター (WHO/CC) として機能してきた長崎大学医学部精神神経科学教室の

経験と成果を通して、中根秀之は次のような提言をまとめた。

- i. 新たな WHO CC カテゴリーの模索：東日本震災後の日本としての役割（放射線影響を含めた重大災害と精神保健に関する WHO/CC 設置の必要性）
- ii. WHO/HQ の動向との連動を前提にした WHO CC の役割の充実
- iii. アジア地区の精神保健訓練センターとしての役割の充実（アジア地区の国際的精神医学的調査研究の企画立案・実施を行う WHO CC の必要性）
- iv. わが国を含むアジア地区全体の精神保健を考える上で、日本の果たす役割は大きく、新たな枠組みの WHO/CC 設置について WHO/HQ へ働きかけ

また、WHO および WPA の活動に参画してきた鈴木友理子は、直接そうしたグループのスタッフと出会って情報を得るだけでなく、様々な公刊された文書を分析し、更に 2011 年 3 月の東日本大震災被災者への救援活動を重ねる中で次のような提言をまとめている。

- i. 国際機関（WHO 等）との協働について、地域における精神保健対応力を拡充することを目的とした WHO の mhGAP プログラムの試行及び普及に、わが国が積極的に関わり、アジアにおけるリーダーシップを発揮していくことが求められる。
- ii. WHO/mhGAP Intervention

Guide の日本語版開発・出版（今回の報告書の別冊として、中根允文・中根秀之らとともに出版）

- iii. WHO などの国際機関は、災害時の精神保健・心理社会的支援に関するガイドラインを発行しているが、東日本大震災の経験をこれらのガイドラインに反映させ、わが国の災害精神保健の経験を国際的に発信していくことは、国際精神保健上でも大きな貢献となる

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

研究班の大部分は一つの主題に固執することなく夫々の研究を発展させた。次に報告する諸外国における精神障害者への対応に関する調査は、殆どの班員（伊藤弘人・岡崎祐士・竹島正・鈴木友理子・川口貞親・西田淳志などが中核となって）が外部の研究協力者とともに、情報や資料収集に努め、その分析と各国間比較、およびわが国との比較を試みた。その話題は、次のように纏めることができる。すなわち、海外諸国での精神保健医療福祉サービス及び関連制度に関する現状調査、海外における強制（非任意）入院医療の現況調査、諸外国での予防精神医学的アプローチ及び家族支援等についての調査研究、上記の調査結果と日本との比較研究、更にこうした情報の日本へのフィードバックに関する検討、および医療経済及び医療の質の評価等に係る調査などである。調査対象となった諸国は、Australia (Victoria)・Austria・Belgium・

Denmark・Finland・France・Germany・Greece・Ireland・Italy・Luxemburg・Netherland・Portugal・Spain・Sweden・UK（イングランド）・韓国・中国・台湾などである。各国・各地域の実情にかかる関連法、精神科施設状況などをふくむ統計資料について、オリジナル言語から翻訳するなどして実情把握に努めた。主たる情報源は下記の通りである。

- 1) 発表された多国間比較の調査研究
- 2) 当該国の情報に詳しい研究者による調査協力
- 3) 既存調査研究を基に調査国の情報を詳細に追加

詳細な結果は各分担研究者の報告を参照するとして、以下には要点を記す。

まず、親族等の申し立てによる非任意入院制度、および医師の判断による非任意入院制度など、非任意入院制度を有する国は複数存在していた。ただ、入院の決定者は医療者と非医療者の間で揺れ動いており（英国の AMHP のように国家承認を受けた精神保健従事者の場合もあり）、保護者が権利として入院に関与する国も存在していた。その頻度は、最高のスウェーデンが全入院患者の 30%に止まっていること、さらに EU 諸国における非任意入院処遇に関する取り組み（欧州委員会（健康及び消費者保護総合理事会研究プロジェクト）「精神障害者の強制入院ならびに非自発的治療～EU 加盟国における法制度と実践～最終報告書（2002）」

において、国際的共通認識として「強制入院」はその他のあらゆる手段を使い尽くしたうえでの最終手段であるべきという要件が呈示されていることは貴重である。

多くは、より制限的でない入院形態の方向が探られていたり（例えば、「条件付任意入院」などの工夫）、入院に代替する地域ケア（アウトリーチ、継続通院処遇）の動きもうかがえる。パイロット的には、事前指示でもって患者自身の参画も臨床的有効性から考えられる方向性もある。ともあれ、各国が改善への模索を続けているところであり、わが国における次のステップも、関係するスタッフ自身が工夫する以外ないであろう。

西田は新たに、英国政府が 2009 年からスタートさせた「国家認知症戦略 (National Dementia Strategy)」に注目して、英国保健省における関係者からの聞き取り、および地域サービスの視察等によって、その実際を確認した報告を行っている。詳細は彼らの報告を参照するとして、この英国の認知症政策の方向性、およびその実現に向けた改革プロセスは今後の我が国における認知症政策の重要な留意点が示唆されたとしている。

竹島らおよび岡崎らのグループはそれぞれ独立して、韓国と中国などにおける精神障害者への対応について詳細に調査し、日本がこれまでに果たしてきた役割および影響、将来わが国がなすべき方向性などを呈示した。また、川口は陝西省西安市における精神医療

施設を訪問の上、未だ十分に整備されていない状況への支援を報告している。

中根允は、研究班員の一人として、「日本国内における精神科病院在院患者統計調査結果の再点検－任意入院の現状から－」と題して、国内の精神科病院における入院患者への処遇について調査し、諸外国の非任意入院医療の状況と比較した。それによると、入院形態別（措置入院・医療保護入院・任意入院等）在院患者の現状から、措置入院や一部の医療保護入院に関しては入院期間等に問題が少ないものの、任意入院では終日閉鎖の状況に置かれたまま5年以上に亘って入院を継続している事例が少なからず見られるため、彼らへの適切な介入が単に当事者間で行われるのではなく、より厳しい行政指導の必要性が示唆されると纏めた。また、研究協力者と共に、精神科医療に携わる期間が長ずれば長ずるほどに、精神障害者の自立に懸念を示す恐れがスタッフの中で高いことから、当該事例への地域社会での生活を保障するために関係者教育の重要性が指摘された。

わが国の医療保護入院（強制入院）が占める割合は40%以上と“最終手段”が極めて高頻度に使用されている現状（Salize & Dressingらのオリジナルをまとめた伊藤らが作表したものに日本のデータを付記した付表参照）があり、近年では認知症による医療保護入院の割合がいよいよ増加傾向にある。そこで、この40%を超える強制入院の

頻度・割合を前提としたまま制度改革するというのは、経済的・人的資源の観点からも、困難を極めることが予想される。

強制入院を可能な限り回避しうる“その他の方策や手段”をエビデンスに基づいて段階的・計画的に強化・拡充し、強制入院の頻度を抑制していく取り組み（法整備、研究、人材育成、等）を総合的に推進していくことが求められよう。こうしたなか、西田は、強制入院数を最小限にするためのサービスと政策のサンプルとして、イングランドにおける例を紹介した。まず、地域精神保健医療体制の充実として、ケアプログラムアプローチ（地域精神保健チーム、ACT、早期介入チーム）、訪問型急性期支援体制（危機解決訪問治療チーム、休日・夜間の対応）、レスパイトやクライシスハウス、総合病院病床を活用したアセスメント入院を紹介した。次に、強制入院の手続きとして、医療の必要性判断のみならず、本人の権利擁護の観点からも判断を行う専門職の関与、治療機関から独立した立場の指定医による判断をきしている。次いで、強制措置通院をあげ、強制入院の期間を出来る限り短くするための強制措置通院の適用を示した。最後に、退院時等におけるJoint Crisis Plan（JCP）の有用性を高く評価している。強制入院に次いで関心を持たれている強制通院処遇に関しては、英国（イングランド）だけでなく、イタリア、ベルギー、ポルトガル、スウェーデン、フィンランド、オランダ、カナダ、オ

ーオトラリア、米国、韓国などでも見られることが確認されたが、その継続通院処遇の効果に関する学術的検討は未だ十分に確立されてはいない。たとえば、通院措置は、サービス利用・社会的機能レベル・生活の質（QOL）の観点で通常治療と違いはなかったとか、通院措置で暴力や犯罪は少なかった（理由は不明）、あるいは再入院率、在

院日数や服薬遵守への効果を示したという研究は僅かである。

諸外国の現状から、欧米と東アジア諸国間の相違点や保護者制度による家族負担の大きさが明らかとなり、日本の学ぶ点の多いことが想定されるとともに、一方ではアジア地域への寄与も重視すべきことが訴えられている。

付表 欧州諸国の非任意入院*と日本の比較

	年	患者割合	100万人対	評価者	基準**	決定者	通院措置
Austria	1999	18%	175人	精神科医	危険	非医療	
Belgium	1998	5.8%	47人	医師	危険	非医療	あり
Denmark	2000	4.6%	34人	医師	危険/治療	医療	
Finland	2000	21.6%	218人	医師	危険/治療	医療	
France	1999	12.5%	11人	医師	危険	非医療	
Germany	2000	17.7%	175人	医師	危険	非医療	
Greece	Na	Na	Na	精神科医	危険/治療	非医療	
Ireland	1999	10.9%	74人	精神科医	危険/治療	医療	
Italy	Na	12.1%	Na	医師	治療		
Luxembourg	2000	Na	93人	医師	危険	医療	あり
Netherlands	1999	13.2%	44人	精神科医	危険	非医療	
Portugal	2000	3.2%	6人	精神科医	危険/治療	非医療	あり
Spain	Na	Na	Na	精神科医	治療	非医療	
Sweden	1998	30%	114人	医師	治療	医療	あり
UK	1999	13.5%	48人	精神科医	危険/治療	社会福祉士など	
Japan	2009	41.7%	1,029人	精神科医	危険/治療	医療	

*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. から

** 治療：治療必要性、 危険：本人・他者への害の危険

*：日本における患者割合は、医療保護入院が 41.1%、措置入院が 0.6%

3. 精神障害に罹患した在外邦人・在日外国人への対応について

これについては、岡崎祐士・白石弘巳・鈴木満が担当して、①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、②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の検討、③在外邦人および在日外国人への精神保健医療サービス提供の改善について提言している。

在外邦人への精神保健医療福祉については、鈴木満が中心となって、国内外に精神保健専門家広域連携会議を立ち上げ、積極的に支援サービスを開始するとともに、海外渡航によって顕症化する「病的旅」事例が少なくないこと、現地医療機関における診断治療方針の差異を紹介、あるいは世界各地で精神保健調査を実施、また支援のためのガイドライン的な著書を刊行した。ことに、今回の大災害における在日外人（フィリピン人など）への精神保健支援にも関わり、先の国際機関からの調査研究と共に新たな展開を模索中である。

彼らが進めてきた研究成果をもとに、国内外を移動する邦人のみならず在日外国人にも対応できる地域精神科救急医療制度の修正整備の必要性から、鈴木らは次の3点を提言している。

- ・外務省在外公館で精神障害のために保護され、外務省医務官あるいは顧問医によって非同意入院が必要と判断された邦人帰国搬送事例については、帰国前から措置申請を可能とする法的整備を行う。
- ・「病的旅」既往のある精神障害者の国内主治医および保護者に対して、海外渡航に

伴うリスクについて十分な情報提供を行うとともに、海外渡航中に病状悪化の恐れがある事例には、渡航先国の医師が判読可能な言語での診療情報提供書を義務づける。

- ・外国語による診療情報提供書作成について公的支援を行う。

一方、従来から在日外人への入院治療などを行ってきた分担研究者（岡崎祐士）達は、過去10年間における外国人の入院症例（日本語が話せない外国人432人）を対象に後方視的統計調査を行い、「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」と提言した。さらに、在日外国人に生じる精神保健上の問題および対応に関する駐日公館への調査（全164カ国）を継続しており（回答率35%）、その結果をもとに「提携する医療機関がない、あるいは少ないこと」が課題と指摘する。

白石弘巳は、在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と題して、難民のメンタルヘルスの実態と課題を調べ、その中で自殺の状況を明らかにした。この結果を基に、在日外国人のメンタルヘルスの問題は医療や福祉だけの問題でなく、国の施策や制度の問題など重層的に取り組む課題であり、個人と地域社会を結ぶ連続性をもったソーシャルワークの実践の重要性が明らかとなったとまとめた。

D. 評価（研究成果）

1) 達成度について

精神障害者への対応に関する国際比較という時、従来は欧米の情報に限られていたが、本研究では欧米の情報も夫々の国にお

ける学術誌や法令等（原語資料）を中心に検索するなど厳密に調査しただけでなく、東アジア諸国の状況も纏めた。これは、課題に関する知見を大いに広く明らかにしたと言えよう。

2) 研究成果の学術的意義について

精神科臨床における倫理という視点に立つなら学術的意義は少なくなく、今後の貴重な情報源になると考える。

3) 研究成果の行政的意義について

上記したように精神科医学医療の実践における倫理の情報は、行政上極めて重要なはずであり、今後の改革における方向性を明確にしていく上で有用であると考ええる。

また、在外邦人に関する成果は、定住者を前提として整備されたわが国の精神医療制度に移動する国民を想定した修正の必要性を明らかにした。

4) その他特記すべき事項について

なし

E. 結論

本研究班では、WHOなどの国際機関の動きを各種プロジェクトに関する資料を基に把握し、そこでの国際共同研究の展開および日本の役割を明らかにした。また、欧米諸国および東アジア諸国を対象に、各国で展開されている精神保健医療福祉政策の概要と現状を網羅的に把握した。欧米が経験した精神保健医療福祉の発展過程および東アジアの精神保健医療福祉の特徴を明らかにした

ことは、わが国の同政策の改革において参考になると考えられる。グローバル化する現代社会において、在外邦人および在日外国人の精神保健医療は喫緊の課題であり、今回の知見は関係諸外国との間で早急に協議すべき話題としての資料となるはずである。

本研究班の成果は行政等へのフィードバックを提言として要約していくことを目的の一つと考えている。最終年度である本年度報告書には記載できるはずであるが、集約が未だ十分でないため、各研究者の報告の中で参照されたい。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1) 国内

口頭発表	11 件
原著論文による発表	10 件
それ以外（レビュー等）の発表	5 件
学会発表	

そのうち主なもの

論文発表

- ・西田淳志・中根允文：精神疾患の疫学と疾病負担、医学のあゆみ 231, 10, 948-951, 2009.
- ・中根允文：社会精神医学のいま、中山書店、東京、2010.
- ・伊勢田 堯・西田淳志：近年のイギリスにおける精神保健改革 「専門医のための精神科臨床リュミエール 22 巻、

- 世界における精神科医療改革」(松原三郎ら編) p24-40、中山書店、東京、2010.
- ・ 木下裕久・中根秀之・中根允文：災害時の精神科疾患の反応 精神医学 53, 1065-1070, 2011.
 - ・ 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（改訂）、へるす出版、東京、2009.
 - ・ 中根秀之ほか：メンタルヘルスリテラシーと精神保健教育・啓発 保健の科学 53, 590-595, 2011.
 - ・ 中根秀之：世界保健機関との連携 九州神経精神医学 57, 17-22, 2011.
 - ・ 鈴木満：海外渡航法人のメンタルヘルス－国境と文化を跨ぐ人々の心の危機への対策－ 日本旅行医学会誌 8, 91-96, 2010.
 - ・ 鈴木満（編著）：異国でこころを病むとき、弘文堂、東京、2012.
 - ・ 田崎美弥子（研究代表者）・山口哲生・

中根允文：WHODAS2.0 日本語版開発研究、平成 23 年度財団法人厚生統計協会委託調査研究、研究成果報告書、pp 1-63, 平成 24 年 4 月、2012.

2) 国外

- ・ K.Yoshimasu, N.Kawakami & WMHJ 2002-06 Survey Group: Epidemiological aspects of intermittent explosive disorder in Japan; prevalence and psychosocial comorbidity: Findings from the World Mental Health Japan Survey 2002-2006. Psychiatry Research 186, 384-389, 2011.

H. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

II. 分担研究報告書

平成 23 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（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（主任研究者 中根 允文）

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

(PPT 参照)

厚生労働科学研究
精神障害者への対応への国際比較に関する研究
(主任研究者 中根 允文)
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

調査方法

- 発表された多国間比較の調査研究
 - Saize HJ, et al. Br J Psychiatry 184: 163-168, 2004
 - Dressing H, et al. Social Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39: 797-803, 2004
 - Kallert TW, et al. J Forensic Mental Health 6: 197-207, 2007
- 当該国に詳しい研究者へ協力依頼
 - 英国: 西田淳志研究員(東京都精神医学総合研究所)
(協力: ロンドン大学精神医学研究所 安藤俊太郎先生)
 - 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・趙善花研究員(国立精神・神経医療研究センター)および藤本美智子医師(National Institutes of Health)
 - オーストラリア(ビクトリア州): 竹島正部長
- 資料作成方針
 - 既存調査研究をベースに詳細調査国の情報を追加

非任意入院に関する法律

	名称	備考(種類・要件等)
英国 (イングランド)	Mental Health Act	(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
フィンランド	Mental Health Act (Mielenterveyslaki)	【要件 全要件が必要】(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, (3) 他の治療では不十分であること
フランス	Loi du 27 juin 1990	(1) Hospitalisation d'office, (2) Hospitalisation d'office si danger imminent, (3) Hospitalisation a la demande d'un tiers, (4) Hospitalisation d'urgence
イタリア	Legge 180 (法180号): 1978年	【要件 次の場合市長同意文書発行】(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
オランダ	Psychiatric Hospitals (Compulsory Admissions) Act	【要件】(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
韓国	精神保健法	(1) 保護義務者による入院(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), (2) 市・道知事による入院(精神科専門医または精神保健専門委員の申請により2週間入院させることができる), (3) 応急入院(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)
オーストラリア (ビクトリア州)	Mental Health Bill 2010 (Exposure Draft)	【要件】(1) 対象者が精神疾患に罹患している, (2) 治療により, 病状悪化防止または軽減が期待できる, (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, (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, (5) 他より緩い手段では代替できない

保護者制度

	保護者制度	保護者(提案者・請求者)の地位	権利・義務
英国 (イングランド)	あり ¹⁾	提案者: 1. 配偶者/パートナー, 2. 息子/娘, 3. 父/母, 4. 兄/弟, 5. 祖父, 6. 孫, 7. 叔父/叔母, 8. 甥/姪	非任意入院の申し込み, 患者の入院の通知, 入院後即時に相談(意見を求められる), 入院申し込みへの反対, 患者が退院時の通知, 退院後ケアやサービス計画策定に関与
フィンランド	なし	—	—
フランス	あり	入院要請者に関する規定なし(四親等までの親族と希望者に保護資格があるが, 入院前に本人を知っている必要がある) ²⁾	規定なし
イタリア	なし	—	—
オランダ	あり (民法)	請求者: 後見人, 配偶者/パートナー(拒絶しない場合), 親, 子供, 兄弟	審判注意義務 (サービス提供者の保護者らへの義務, 退院後の引き取り義務の記載はない)
韓国	あり	(1) 扶養義務者: 直系血族およびその配偶者間の協定により, 協定がない場合は当事者の申請により裁判所が決定, その他の生計を共にする親族者 (2) 後見人: 最近親族の年長者, 前項に問わず未成年者が存在する場合は, 養父母, 養家血族を先順位にする	適切な治療を受けさせる義務, 自傷他害行為が起らないよう監視する義務, 財産上の利益などの権利保護
オーストラリア (ビクトリア州)	あり (Mental Health Bill 2010: Exposure Draft)	患者が保護者を指定(指定の時点でその効果の正常な判断が可能の場合), 保護者は18歳以上で, 責務を担う能力と時間的余裕があり, 引き受けるのが望ましい者でなければならない	患者の個人情報を受け, 治療等の方針・計画等について協議し, 患者の権利を保護

¹⁾ 家族からの提案がなくとも, 他の要請があればソーシャルワーカーが中心となって手続きが進められる。
²⁾ 担当ソーシャルワーカー, 入院施設以外の医師である担当医を含む(保護者からの入院要望は必須)

英国(イングランド)

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

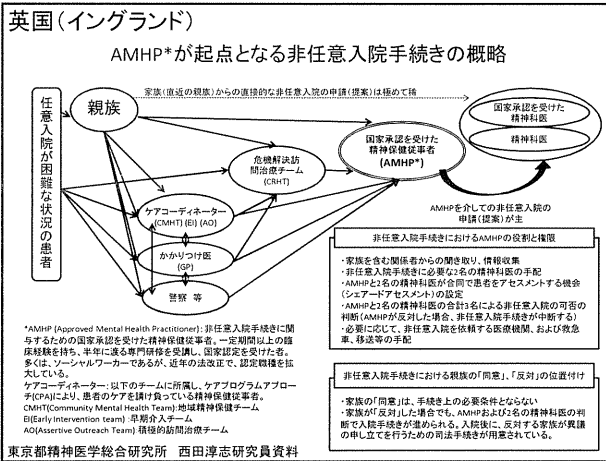
東京都精神医学総合研究所 西田淳志研究員資料
協力: ロンドン大学精神医学研究所 安藤俊太郎先生

英国(イングランド)

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



フィンランド

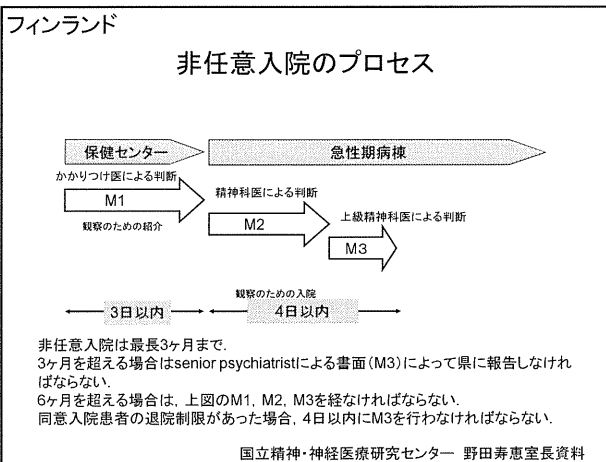
入院の類型ごとの特徴

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悪化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同意入院の決定	概述なし	・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



フランス

入院の類型ごとの特徴

型	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 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往歴 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

杉浦寛泰医師 (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)

フランス

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

杉浦寛泰医師 (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)

イタリア

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

オランダ 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い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っての危険に該当 ・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 ・当該危険を精神科病院以外の者又は施設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)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、市長の署名を受けた者は、命令(仮収容)の発令を主導するものとする。	記述なし	・対象者が危険に該当 ・市長(仮収容命令の執行者、精神疾患を有する者のケアに関する学識経験者の支援を受けて政策業務の遂行の担当職員に委任) 市長からの指名者は、自由に危険のおそれのある施設を、対象者から取り上げることができる。また対象者の居宅又は身体を侵害する権限を有する。	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

オランダ 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い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。直前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定べるものとする。	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旨を、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

オランダ 参考:一定条件下で入院の強制力をもつ治療形態

入院の類型ごとの特徴

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上作成した治療計画を審査 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。 ・対象者が精神疾患に罹患していること	裁判所(検察官からの請求)
Observation order (観察命令)	定義: 対象者が精神科病院に入院させ留置することを義務づける命令(検察官からの請求) 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疑う十分な根拠が存在すると判断した場合	記述なし	・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(検察官からの請求)

非任意入院の判断や同意を行う者手続き

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、命令条件が遵守しなかった場合又は治療の状況が変化して精神科病院で治療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前を記載する上記場合(即ち入院を要求した場合)には、精神科病院の医師は、当該病院に本人を入院させるものとする。 入院は、事前に対象者にみずからの意見を述べざるを得ない中で、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 権利保護者は速やかに本人に交付 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、治療計画を策定することができる(矯正治療計画を、裁判所及び当該裁判所に係る検察官に、重ちに送付する?)	裁判所(検察官からの請求)	対象者又は治療提供者は、命令の条件の変更又は治療の提供提供者の任命を裁判所に申し立てることと検察官に書面を請求することができる。 市長が入院決定した場合は、条件付き命令を仮命令として取り扱う。

国立精神・神経医療研究センター 鈴木友理子室長資料

韓国 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・道知事による入院(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時間において入院させることができる。警察官は精神医療機関で護送)
- 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: 藤本義智子医師資料(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)

オーストラリア(ビクトリア州) 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要件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
- 他のより穏当な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規定の維持
- 強制的命令による影響やリスクの特定
- 他のより穏当な代替手段の検討
- 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のみ行われること確保

入院治療命令の有効期間は最大28日である。命令は、条件が満たされなければ、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

オーストラリア(ビクトリア州) 入院治療命令の特徴

名称	概要	対象者及目的	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、詳細命令が必要 2. 詳細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、詳細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、メンタルヘルスマニッショナ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 ・他のより穏当な手段では代替できない	・詳細命令: 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、詳細命令取消: 認可された精神保健施設 ・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 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

ヨーロッパ諸国の非任意入院(その1)*

	年	患者割合	100万人対	評価者	基準**	決定者	通院措置
Austria	1999	1.8%	175人	精神科医	危険	非医療	
Belgium	1998	5.8%	47人	医師	危険	非医療	あり
Denmark	2000	4.6%	34人	医師	危険/治療	医療	
Finland	2000	21.6%	218人	医師	危険/治療	医療	
France	1999	12.5%	11人	医師	危険(注)	非医療(注)	
Germany	2000	17.7%	175人	医師	危険	非医療	
Greece	Na	Na	Na	精神科医	危険/治療	非医療	
Ireland	1999	10.9%	74人	精神科医	危険/治療	医療	
Italy	Na	12.1%	Na	医師	治療	非医療(市長)	
Luxembourg	2000	Na	93人	医師	危険	医療	あり
Netherlands	1999	13.2%	44人	精神科医	危険	非医療	
Portugal	2000	3.2%	6人	精神科医	危険/治療	非医療	あり
Spain	Na	Na	Na	精神科医	治療	非医療	
Sweden	1998	30%	114人	医師	治療	医療	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専門家	

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。
 **治療/治療必要性 危険:本人・他者への害の危険
 *Salize H.J, Dressing H. Br J Psychiatry 184:163-168, 2004 および Dressing H, Salize H.J. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39: 797-803, 2004.

ヨーロッパ諸国の非任意入院(その2)*

	診断から入院までの期間	応急入院時間	入院期間
Austria	4days	48hours	3months
Belgium	15days	10days	40days, 2years
Denmark	24hours (7days)	Na	Na
Finland	3days	Na	9months
France	24hours	48hours	Na
Germany	24hours-14days	24hours (3days)	6weeks, 1(場合によっては2) years
Greece	10days	48hours	6months
Ireland	24hours	Na	21days
Italy	2days	48hours	7days
Luxembourg	3days	24hours	14days
Netherlands	5days	24hours	3weeks, 6-12months
Portugal	12days	48hours	Na
Spain	Na	24hours	Na
Sweden	4days	24hours	4weeks
UK	14days	72hours	28days(評価), 6months(治療)

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

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

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.

まとめ(法律上で明らかになったこと)

- ・ 次の非任意入院制度を有する国が複数存在
 - 親族等の申し立てによる非任意入院制度
 - 医師の判断による非任意入院制度

注:本報告は「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、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。