

E. 結論

日本が 今後 地域精神科医療を進めるに際して周辺祖国に事情を理解しておくことは必要である。また、精神科医療の分野で、周辺諸国と交流を深めるに際しても周辺諸国への理解は必要不可欠である

F. 研究発表

1. 学会発表

- 1) 新福尚隆：アジアの精神医療とアジア精神衛生連盟の成立 平成21年8月 日本精神神経学会 神戸
- 2) Shinfuku N. : Psychiatry in Asia – past, present and future. 2nd World Congress of Asian Psychiatry, Taiwan, November 2009,

2. 原著論文による 発表

- 1) [Xiang YT, Wang CY, Si TM, Lee EH, He YL, Ungvari GS, Chiu HF, Yang SY, Chong MY, Shinfuku N, Tan CH, Kua EH, Fujii S, Sim K, Yong KH, Trivedi JK, Chung EK, Udomratn P, Chee KY, Sartorius N] Sex differences in use of psychotropic drugs and drug-induced side effects in schizophrenia patients: findings of the Research on Asia Psychotropic Prescription (REAP) studies. Aust N Z J Psychiatry.;45(3):193-8. Epub 2010 Dec 13.
- 2) [Kato TA, Shinfuku N, Fujisawa D, Tateno M, Ishida T, Akiyama T, Sartorius N, Teo AR, Choi TY, Wand AP, Balhara YP, Chang JP, Chang RY, Shadloo B, Ahmed HU, Lerthattasilp T, Umene-Nakano W, Horikawa H, Matsumoto R, Kuga H, Tanaka

M, Kanba S] Introducing the concept of modern depression in Japan; an international case vignette survey. J Affect Disord. Epub ahead of print.

- 3) [Kato TA, Shinfuku N, Sartorius N, Kanba S] Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? Lancet.; 378(9796):1070. No abstract available.
- 4) [Xiang YT, Wang CY, Si TM, Lee EH, He YL, Ungvari GS, Chiu HF, Yang SY, Chong MY, Tan CH, Kua EH, Fujii S, Sim K, Yong KH, Trivedi JK, Chung EK, Udomratn P, Chee KY, Sartorius N, Shinfuku N] Antipsychotic Polypharmacy in Inpatients with Schizophrenia in Asia (2001-2009). Pharmacopsychiatry. Epub ahead of print. その他合計 10 篇

それ以外（レビュー等）の発表

編集及び分担執筆

アジア全体

- 1) 新福尚隆：アジアにおける精神医療,(松原三郎、佐々木一編)、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、165-183, 中山書店、東京 (2010)
- 2) 新福尚隆: 東アジア諸国における統合失調症治療 (石郷岡純、岡崎祐士 樋口輝彦 編) 統合失調症治療の新たなストラテジー、58-66.、先端医学社,東京、(2011).

アジア各国

中国

- 3) 湖海正尋 中国の精神保健医療. 新福尚隆・浅井邦彦 (編) ,世界の精神保健医療

-改訂, 東京: ヘルス出版 2009、
pp131-137

- 4) 趙 香花、新福尚隆 中国における精神医療・保健医療の現状と動向 日本社会精神医学会雑誌 第17巻 第2号
2008年 197-203

韓国

- 5) 藤本美智子 韓国の精神保健医療. 新福尚隆・浅井邦彦(編),世界の精神保健医療-改訂,東京: ヘルス出版 2009、
pp138-145

台湾

- 6) 青木 崇 台湾の精神保健医療 新福尚隆・浅井邦彦(編),世界の精神保健医療-改訂,東京: ヘルス出版 2009、
pp147-156

アセアン諸国

- 7) 吉田尚史 アセアン諸国の精神保健医療。新福尚隆・浅井邦彦(編),世界の精神保健医療-改訂,東京: ヘルス出版
2009、pp97-106

G.知的所有権の出願・取得状況(予定を含む)

なし

成果からの具体的提案

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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
- 4) 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
- 5) 韓国における私立精神科病院の急増の分析
- 6) 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
- 7) 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・学术交流を図る。
- 8) 東アジア諸国における儒教的な価値と家族制度の変容【あるいは崩壊】と精神医療に及ぼす影響の検討
- 9) 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
- 10) 日本における向精神薬使用の特殊性の分析と、大量処方、多剤併用の是正。

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
分担研究報告書
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

分担研究者：鈴木 満(岩手医科大学)

研究協力者（50 音順）：

青柳芳克：外務省領事局海外邦人安全課、上席専門官(前)
吾妻 壮：大阪大学精神科、医師
浅野 誠：千葉県精神科医療センター、センター長
荒川亮介：厚生労働省精神・障害保健課、心の健康づくり対策官
神山昭男：有楽町桜クリニック、院長
重村 淳：防衛医科大学校、講師
田辺邦彦：外務省領事局海外邦人安全課、邦人援護官
寺谷俊康：厚生労働省精神・障害保健課、課長補佐(前)
成重隆一郎：厚生労働省精神・障害保健課、心の健康づくり対策官(前)
山中浩嗣：千葉県精神科医療センター、医師

研究要旨：

精神科医療は自言語と自文化に強く依存するため、海外はわが国民の大多数にとって精神医療過疎地である。本調査研究では、国内外の関連機関において聞き取り調査を行い、海外在留邦人および海外渡航邦人の精神保健の現況と、海外で精神医学的危機介入を要し帰国治療に至った事例への継続的医療サービス提供に関する課題について調べた。1 年目の調査では、海外での非自発的入院の規程がわが国と異なる事、帰国航空便搭乗のための過鎮静は帰国時診察における精神症状の過小評価を招く事、帰国時到着空港における措置診察施行には様々な制限がある事等が明らかとなった。2 年目は、欧州某国で保護され現地医師同伴のもと成田国際空港に搬送帰国となった邦人精神科救急事例について現地調査を含む詳細な事例検討を行い、医療分断を惹起する国内外における諸要因が明らかとなった。3 年目は、上記結果をもとに成田国際空港地区のみならず関西国際空港地区における帰国搬送事例の受け入れ体制整備に関して具体的対策を提言した。

A. 研究目的

海外渡航中および在留中に精神科急性期症状の発現や再発のために帰国治療を要した邦人の実態を調べ、国境を跨いで継続的医療を行うための具体的対策について検討する。

B. 研究方法

国内外の関係者より海外滞在中に精神障害のために帰国搬送に至った邦人約 40 事例について聞き取り調査を行い、渡航背景、精神症候、保護された国などによる転帰の異同について類型化を試みた。聞き取り調査の対象は、国内においては外務省、厚生労働省、成田地区精神医療機関等の

関係者、国外においては欧州、アジア、北米の外務省在外公館の邦人援護担当官および医務官である。また、在外公館で保護され帰国搬送となった処遇困難邦人事例について、研究協力者が所属する医療機関で入院治療を行い、渡航前の国内での発症と治療、渡航先での治療分断と現地医療機関による帰国搬送アレンジ、帰国後の入院および転院に至る詳細な事例検討を行った。

(倫理面への配慮) 調査研究のすべての過程において、人権保護と守秘義務を最優先し個人情報保護を遵守した。収集した医療情報および事例情報については、セキュリティを強化した本研究専用サーバーに保存した。学会報告、論文投稿、報告書作成にあたり個人の特定が可能な表現については改変するなど守秘を徹底した。

C. 研究結果及び考察

国内外の聞き取り調査より、精神障害のために在外公館で保護された事例の大半が既往歴のある統合失調症の急性期事例であり、国境を跨ぐことによる治療分断の実態が明らかとなった。精神症候としては渡航自体が病的体験に基づく「病的旅」が多く、渡航を繰り返す事例では家族の支援力および服薬コンプライアンスが低下する傾向が認められた。予後は主として精神症候、支援者の有無により左右され、一部は現地で困窮邦人化していた。研究協力者が入院主治医を担当した処遇困難事例については、当該事例を担当した現地在外公館担当者および現地採用精神科顧問医より、保護から現地医療機関への入院と帰国搬送に至るケースワークの詳細について聴取した。その結果、内外医療機関間の診断および治療方針の差異と非自発的入院の適応の差異が明らかと

なった。さらに入院先となった成田空港近隣医療機関から国内出身地区医療機関への転院をめぐる問題が顕在化し、県を単位とする国内地域精神医療体制の課題も浮き彫りとなった。

D. 評価 (研究成果)

1) 達成度について

海外邦人の精神科救急事例の帰国処遇については、外務省、厚生労働省、国際空港近隣精神科医療機関および保健所との実際的な取り決めが必要であることから、本調査研究により関係者間の協議を続け、帰国搬送前の措置申請に関する法的運用の整備を行う方向でコンサセンスを得ている。

2) 研究成果の学術的意義について

海外邦人の増加とともに顕在化した邦人精神科救急事例の実態について明らかにし、従来の非専門家による危機介入に対する精神科専門医による支援の必要性に加えて、海外渡航前後にわたる継続的医療サービスの需要と課題を明らかにした。

3) 研究成果の行政的意義について

定住者を前提として整備されたわが国の地域精神科医療制度に、移動する国民を想定した修正を加える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

平成23年3月に起きた東日本大震災により海外邦人調査は一時中断せざるを得ず、被災地在住外国人の精神保健調査を行った(日比政府予算による)。日比精神科医および日比コーディネータから成る多職種アウトリーチチームが同年6月に宮城県および岩手県被災地在住のフィリピン人および邦人家族との面談を行い、実態把握とハイリスク事例のスクリ

ーニングを行った。海外邦人への対応と同様に母語、母文化によるアウトリーチの有用性が確認された。

E. 結論

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が必要であり、以下を提言する。

- 1) 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（ともに日本国内で精神保健指定医取得か滞在先で同等の精神科精神科専門医取得者）により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。
- 2) 病的旅の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関し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おそれがある事例については、渡航国の医師が判読可能な言語による診療情報提供書を義務づける。
- 3) 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。

F. 研究発表

学会発表

- 1) 鈴木 満: 海外邦人コミュニティにおけるメンタルヘルス支援の動向. 第16回多文化間精神医学会 シンポジウム 2009.3.28 川崎
- 2) 鈴木 満: 海外邦人における精神医療サービスの分断. 第13回日本渡航医学会 シンポジウム 2009.7.17 福岡
- 3) 鈴木 満: 海外在留邦人精神保健専門家のキャリア支援. シンポジウム

「海外邦人メンタルヘルスケアにおける国内外専門家の協働」第17回多文化間精神医学会 2010.3.19 福島

- 4) 鈴木 満: 海外渡航邦人のメンタルヘルス. 旅行医学のトピックス. 招待講演 第9回日本旅行医学会大会 2010.4.17 東京
- 5) 鈴木 満: 海外の地域精神医療システムにおける外国人事例の処遇について. シンポジウム 第18回日本精神科救急学会 2010.10.14 大阪
- 6) 鈴木満: 広域多発複合災害後の新しい地域精神医療の構築に向けて. 日本外来精神科診療所学会 特別講演 2011.7.16 東京
- 7) 鈴木満: 海外邦人精神保健支援と現地精神保健システムとの多様な関係. シンポジウム「海外邦人メンタルヘルス支援」 第18回多文化間精神医学会 2011.9.30 東京
- 8) 山本茉樹, 今井公文, 飯田敏晴, 鈴木 満, 井上孝代: 邦人海外渡航者の渡航前・渡航中・渡航後のメンタルヘルスサービスの需要に関する研究 - 長期滞在中に抑うつ状態に陥り帰国に至った民間駐在員事例の縦断的検討から - 一般演題 第18回多文化間精神医学会 2011.9.30 東京
- 9) 鈴木満: 東日本大震災後の地域精神医療の構築 - 地縁・血縁・職縁の変容と再生に向けて - 第18回日本精神科救急学会 教育講演 2011.10.21 宮崎

原著論文による発表

- 1) 鈴木 満, 仲本光一, 吾妻 壮他 計8名: 海外在留邦人100万人時代のメンタルヘルス対策 - 第一報: 米国北東部地域における邦人メンタルヘルス専門家の連携. こころと文化 8: p.69-76 (2009)
- 2) 鈴木 満 海外邦人に対する精神医療の

課題 - 国境を跨ぐことによる精神医療サービス分断への対策 - 日本渡航医学会誌 3(1): 23-27, 2009

3) 鈴木 満、井上孝代： 海外在留邦人子女と在日外国人子女に母語による発達検診を. こころと文化 9(1): 8-9, 2010

4) 鈴木 満： 海外渡航邦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(1): 91-96, 2010

5) 鈴木 満, 井村倫子、山中浩嗣、他 3名： 海外在留邦人 100 万人時代のメンタルヘルス対策 -第二報: 東南アジアにおける邦人メンタルヘルス専門家の連携. こころと文化 10(2): 167-174, 2011.

6) 鈴木満: 広域多発複合災害後の新しい地

域精神医療の構築に向けて. 外来精神医療 12(1), 2012 in press

編著および分担執筆

1) 鈴木 満 (分担執筆)： 外国人 - 通訳は？. 精神科救急ケース File. 総 185 頁, 中外医学社, (2009)

2) 鈴木 満 (分担執筆)： 在外邦人ケースの帰国支援. 専門医のための精神科臨床リュミエール13 精神科救急医療の現在. 総 300 頁, 中山書店 (2009)

3) 鈴木 満 (編著)： 異国でこころを病んだとき. 弘文堂 (2012)

G. 知的所有権の出願・取得状況
(予定を含む。)

なし

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

分担研究報告書

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

研究分担者 岡崎 祐士（東京都立松沢病院 院長）

研究協力者

- ◇松沢病院外国人入院患者調査：乾 剛、大澤達哉、梅津 寛、野中俊宏、梅田ゆい、石本佳代、反町佳穂子、今井淳司、崎川典子、増田尚久、河上緒、厚東知成、林直樹
- ◇外国人に対する精神科医療サービスのニーズ調査～大使館へのアンケートにもとづいて：厚東知成、乾 剛、今井淳司、反町佳穂子、石本佳代、野中俊宏、梅津寛
- ◇韓国の精神医療制度について日本と韓国の精神医療制度の比較研究：野中俊宏、石本佳代 大澤達哉、厚東知成、乾 剛、梅津寛

研究要旨

本研究は、1. 外国人患者の精神科受診の実態調査、2. 外国人へのわが国の精神科医療サービスの評価、3. 東北アジア諸国とわが国の精神科医療の比較検討を課題としている。外国人受診者が多く、過去にも受診動向の調査が成されたことのある都立松沢病院の病歴調査によって 1. を行い、わが国と国交のある諸外国大使館へのアンケートによって 2. の一端を調査した。また、わが国の精神科医療との類似点も多いが他の外国からの影響もあり、異なる点も多い東北アジアの国、韓国と台湾との精神科医療システム、その医療費等の仕組みに焦点をあてて比較し、わが国の精神科医療および精神保健システムを検討した。

3 年目にあたる 23 年度は、1. については 23 年 12 月までのデータを追加し 12 年間のデータの集計を終えた。大使館アンケート回答項目を減らして再度実施し、回収率を上げた。昨年行った韓国に加えて今年度は台湾を調査し、わが国との比較検討を行った。

外国人入院患者 455 人を見出されたが、アジア諸国出身者が多く、措置入院など非自発入院が大半であり、受診歴がない人が 55% に上った。重症化・救急事例化するまで受診していないこと推測され、相談機関や外国語や異文化に対応し、安全に安価に受

診できる精神科医療機関が必要であり、それを可能にする法的整備、行政サービス等の強化が必須であると考えられた。しかし、自国民が日本で精神疾患に罹患したり、精神疾患が悪化しても、適切に対応できる大使館や連携できる医療機関を持っている国は少ない現状であった。

精神科医療制度に関する韓国、台湾との比較の中から、家族（その範囲は異なるが）を主とする保護者の責任が共通して、非自発入院において設けられている。一方、精神病床というカテゴリーが広汎なわが国と比較して、韓国、台湾は限定的であり、医療費（診療報酬）も異なっていた。今後のわが国の精神科医療の改革を進めるに当たって、両国の経験を参考にする価値があると思われた。

A. 研究目的

わが国における外国人在住者や旅行者の増大に伴って増大している精神医学的問題も増加しており、外国人に対するわが国の精神科医療サービスが外国人に対してはいかなる状況にあるかを調査し、必要な提言を行うことが本分担研究の目的である。具体的には、東京の精神科医療機関への外国人患者の受診状況を調査する。昨年度、今年度は多くの外国人患者が受診する都立松沢病院への入院患者の実情を詳しく調査した。わが国と国交があり大使館をおく諸外国に対して、日本在住または旅行中にその国の国民が精神科医療上の問題を抱えたことがあるか、精神科医療サービスへの希望等について調査を行う。

なお、さらに精神科医療制度の国際比較検討の一環として、わが国と背景条件に多くの類似点もあるが異なっている点もある東北アジアの韓国と台湾の精神科医療制度を比較検討することにした。

B-1. 研究方法（都立松沢病院入院外国人患者の調査）

昨年度の実態調査は 2009 年度について

は、2010 年 3 月までのデータであったが、本年度は 2011 年 12 月までの調査を完成した。調査は、松沢病院入院病歴を用いて行った。

（倫理面への配慮）

病歴の調査に当たっては、病歴を参照して病歴記載事項の集計を行うので、当院倫理委員会に研究計画を提出し、承認を得て行った。調査者は、すべて当院の医師職員であり、守秘義務を負っており、作業においては病歴の複写や病歴庫の外への持ち出しをせず、個人情報の秘匿には十分な配慮をして作業した。

C-1. 研究結果

2000 年 1 月から～2011 年 12 月の 12 年間に東京都立松沢病院に入院した母国語を日本語としない外国人患者である。

○この期間に入院した外国人患者の数は 455 人であった。男性 207 人、女性 248 人であった。年齢別に見ると、20 歳代が 157 人、30 歳代が 153 人、40 歳代が 83 人であった。
○地域別は、中国・韓国・台湾が 44%、その他のアジアが 19%、ヨーロッパが 1

1%であった。

○出身国別に見ると、中国 27%、韓国 12%、フィリピン 7%であった。

○日本語能力は、片言・挨拶程度が 58%を占め、支障のない程度は 32%であった。英語能力は、挨拶程度が 21%で最も多く、流暢は 19%、支障のない程度は 16%であった。

○来日の理由は出稼ぎが 20%、留学が 12%、本来の仕事が 11%であった。

○日本における職業は、学生 15%、アルバイト 13.3%、専門職 11%、一時的滞在 11%であった。

○日本での同居者は家族 36%、単身 30%、一時的滞在 9%であった。日本での支援者は、家族 36%、同国人の知人 10%、大使館 10%であった。

○来日後の精神科受診歴は、なし 55%、入院歴あり 20%、通院歴あり 16%であった。

○受診の契機となった問題行動は、暴行 28%、器物損壊 10%、自殺企図 7%であった。

○受診経路は、当院休日夜間救急 24%、他院/他科からの紹介 24%、警察官同伴 16%であった。

○入院形態は措置 35%、緊急措置 35%、医療保護 27%、任意 0%であった。

○入院時同伴者は、家族 24%、警察 24%、東京都精神保健医療課 22%であった。

○来日から発症までの期間は、1年以内が 186人と最も多く、1～2年が 60人、すでに発症していた人が 47人であった。1年以内のうち、1週間以内 17人、1ヵ月後までに 38人、2ヵ月後までに 61人、6ヵ月後までに 94人、12ヵ月までに 45人で1年以内では 6ヵ月までに多かった。6ヵ月以内では 1ヵ月までに 38人 (40%) が発症していた。その中でも 1週間以内が 17人 (45%)

と多かった。このうち急性一過性精神病性障害が 12人と最多であった。急性一過性精神病性障害の発症の転帰および病因における外国環境や医療環境の関与に関する検討が必要である。

○退院時診断は、統合失調症が 47%、急性一過性精神病性障害 23%、薬物精神病 6%であった。転帰は軽快 91%、不変 6%、未治 2%であった。

○退院後の処遇は、帰国 53%、日本に滞在 32%、入国管理局 6%であった。

○退院時同伴者は、家族 45%、入国管理局 12%、大使館 9%であった。

○通訳者は、なし 62%、家族 13%、大使館 8%であった。

D-1. 考察

1. 受診経路について

58%の患者が、日本においての初診が松沢病院入院であった。また、入院時同伴者は警察 24%、東京都精神保健医療課 22%であり、家族は 24%であった。大使館も加えると公的機関の職員の同伴が多かった。入院形態も措置 35%、緊急措置 35%、医療保護 27%、任意 0%と、非自発入院が 97%を占めていた。急性発症の精神病もあるが、重症化するまで精神科を受診しなかったケースも相当の比重を占める。従って、外国語に対応できる利用しやすい相談機関や医療機関が少ないことや情報が届いていない実情が推測される。在日外国人がわが国における医療サービスを利用しやすいような医療体制の構築が必要と考えられる。

2. 診断による相違

来日後発症までの期間には特徴があり来日後 1週間、あるいは 1ヶ月のはっしょうの

割合が高い。しかもそれが高くなっているのは急性一過性精神病性障害、急性精神病と診断されるケースの割合が高いためであると推測される。以後次第に診断は統合失調症の比重が高くなり、急性精神病との診断は減少する。この来日早期に発症する病態の発症には、環境の変化や異文化生活、言語などの対人交流の困難さなどの心理社会的要因が関係している可能性があると考えられる。

E-1. 結論

12年間に東京都立松沢病院に入院した外国人患者の調査を行った。55%の患者が、日本における精神科初診が松沢病院入院であった。外国人が精神科を受診しやすい環境と、異文化や外国語に対応した医療機関が必要と考えられた。また来日後早期1週間から1ヶ月に急性精神病が発生しており、メンタルヘルスの啓発と相談機関や医療機関などの支援情報が来日する外国人に周知する取り組みが必要である。

B-2. 研究方法（外国人への精神科医療サービスに関する大使館への質問紙調査）

各国大使館の精神科患者への対応（精神科医療サービス）への評価を把握し、日本の精神医療への要望を探る目的でアンケート調査を実施した。

調査では、外国人のメンタルヘルスに関して大使館が果たす役割に着目した。大使館からの問い合わせ、職員の同伴受診を当院でも経験している。また入院患者の通訳、帰国手配等に関して、松沢病院から大使館に協力を要請することがある。大使館と外国人精神疾患患者の関わり方の現状も把握し、

医療機関との連携の在り方を検討したいと考えた。

昨年度は、日本文および英文の精神科患者に関する15項目のアンケートを作成した。これを各国駐日公館(全155ヶ国、領事館を含む)に宛てて、分担研究者(岡崎祐士)名で送付した。加えて、松沢病院の「社会復帰支援室」を調査に関する対応窓口とした。平成22年11月下旬に送付し、1月24日までに受理したものを集計した。

しかし回答率は14.6%に止まった。今年度はこれを踏まえて質問数を5項目に減らし、YES/NOで答えられる質問の形にした。回答期間はH23年11月11日～11月25日の約2週間としたが、延着も可能な限り集計に組み入れた。

C-2. 結果

57公館から返信があり、回答率は34.8%に上った。アジア6か国(カンボジア、ブルネイ、フィリピン、タイ、パキスタン、ブータン)、北米2か国(カナダ、アメリカ合衆国)、中南米(ボリビア、ハイチ、アルゼンチン、ベリーズ、パナマ、ホンデュラス、ドミニカ、ジャマイカ、ウルグアイ)、ヨーロッパ(コソボ、タジキスタン、フランス、アルメニア、スウェーデン、スイス、サンマリノ、イタリア、オーストリア、リトアニア、チェコ、ベルギー、オランダ、フィンランド、スロヴァキア、ノルウェー、アイルランド、英国、ポルトガル、ギリシャ)、大洋州2か国(サモア、フィジー)、中東4か国(イラク、クウェート、ヨルダン、イスラエル)、アフリカ10か国(ガボン、ベナン、マラウイ、リビア、ニジェール、トーゴ、タンザニア、モザンビーク、

モロッコ、モーリシャス)であった。

○現在、精神科患者に関わる案件を抱えている国は 13 ヶ国、フィリピン、タイ (アジア) モロッコ (アフリカ)、フランス、スウェーデン、スイス、イタリア、フィンランド、英国 (欧州)、イスラエル (中東)、ジャマイカ (中南米)、カナダ、アメリカ合衆国 (北米)で、欧米・アジア圏にとどまらず、中東・中南米・アフリカの大使館にも精神疾患に関する相談が寄せられている。これは在日外国人の国籍の多様化を反映したものと考えられる。昨年度の回答では

「本人が治療費を払えない(4 ヶ国)」「通院させる病院が見つからない(3)」「通訳が居ない(3)」「家族を来日させられない(3)」「入院させる病院が見つからない(2)」「本人が拒否しているので受診させられない(2)」「日本の法律がわからない(2)」「帰国させられない(1)」「治療内容の妥当性(1)」であった。

○自国の精神科入院患者に関して、病院から連絡があれば訪問するとした国は 25 ヶ国。訪問しないとされた国は 4 ヶ国。他は回答なしであった。内訳は、カンボジア、ブルネイ、フィリピン、タイ (アジア)、ガボン、ベナン (アフリカ)、コソボ、フランス、スウェーデン、スイス、イタリア、オーストリア、ノルウェー、アイルランド、英国 (欧州)、サモア (大洋州)、イスラエル (中東)、ボリビア、ハイチ、ホンデュラス、ドミニカ、ジャマイカ、ウルグアイ (中南米)、カナダ(北米)、無記名 1 である。病院からの要請があれば、多くの大使館は協力的である。大使館・領事館との連絡・連携が望まれる。

○患者の精神科受診に同伴する国は今回も

タイ、ベナン、イタリア、フィンランドの 4 ヶ国に止まった。逆に同伴しないと答えた国は 26 ヶ国にのぼった。このように大使館が積極的に患者を病院まで連れて来ることはまずない。

○病院の要請で通訳を派遣したことがある国は、ブルネイ、フィリピン、タイ、ベナン、フランス、スウェーデン、イタリア、フィンランド、ノルウェー、アイルランド、サモア、クウェート、イスラエル、ジャマイカ の 14 か国 (25%) であった。派遣した国は英語圏の国は少ない。これは英語の普及の現れであろうが一方で、フランス語、イタリア語、タガログ語、タイ語といった比較的 major な言語にも、医療サイドは充分に対応できていないことも分かる。

○精神疾患に関する相談先をもっていると回答したのは 11 か国 (19%) に過ぎなかった。内訳はフランス、スイス、オーストリア、オランダ、英国、フィジー、ドミニカ、ジャマイカ、カナダ、アメリカ合衆国、リビアである。欧米の大国は当然だが、フィジー、ドミニカ、ジャマイカ、リビアなどの小国が相談先の機関を確保しているのは、要請も少なくないことが推測される。

○今回の自由記載の要望には、必要が生じたときに、情報と連絡先がない、必要なときに、病院の担当者に連絡を取れるようにしてほしいなどがあった。昨年には、外国人専門外来の開設・ボランティア通訳の利用といった声が多かった。精神保健福祉法等の法律知識に対する関心も相当数あった。

D-2. 考察 & E. 結論

昨年度は、東アジア、欧米主要国の回答率が低かったが、質問項目数を減らしてアンケートの再送を行ない、全体の34.8%の回答を得た。北米やヨーロッパの主だった国からの回答も含まれており、大使館の全般的傾向を推測できると思われる。

様々な国籍の外国人が来日するようになり、多くの国の大使館で精神科患者に関する問題を抱えるようになった。自国民が精神障害となっても積極的に医療機関を受診させる国は少ない。しかし、一旦自国民が入院すると大使館職員を病院に訪問させたり、通訳を派遣するなどの対応をしている。日本では外国人精神障害者に対応できる医療機関が少なく、医療機関の情報も各国大使館に伝わっていない。精神疾患について相談できる医療機関を確保している国は、極めて限られていた。

B-3. 研究方法（台湾の精神科医療制度） （この項は野中俊宏が専ら行ったものである）

昨年度は、韓国と日本の精神医療制度の特徴を分析して検討した。今年度は、台湾を加えて3か国の比較を企図した。台湾の資料は、

- ① 日本国内で発表された日本語による台湾の精神医療に関する文献(数が少ない、情報が古い、部分的な場合が多い)。
- ② インターネット上から収集可能な台湾の精神医療に関する資料(中国語で理解が困難)。
- ③ 平成23年11月に台湾へ赴き現地調査を行った際に台湾大学精神科 Hai-Gwo Hsw 教授とスタッフ、及び紹介頂いた専門家等からの情報や資料

②に関しては、翻訳ソフトを利用して日本語への翻訳を行った。重要な語句に関しては正確に翻訳されているか辞書で確認の上使用した。

C-3. 研究結果

1. 精神保健医療制度

- ・法律の名称

韓国は精神保健法、台湾は精神衛生法で、日本の旧法の名称と重複する。

- ・それぞれの法律の特徴と比較

a. 法律の対象となる精神障害者の範囲が異なる部分がある。

b. 3つの国、地域ともに、ケアラー（日本 - 保護者、韓国 - 保護義務者[보호의무자]、台湾 - 保護人）に関する規定を設けている。保護者の役割は、日本と韓国で類似、台湾の保護者の役割は両国と異なる。保護者になれる親族はそれぞれ異なる。

c. 入院制度では、3国とも入院に関する保護者の役割を定めている。

- ・法律の対象：台湾：医学的治療とケアを必要とする者；その範囲は精神病、神経症、アルコール中毒、薬物中毒、その他中央主管機関が認定した精神疾病を含む。但し、反社会的人格障害者は含まない。

- ・まとめ

日本と韓国の法律の対象はほぼ同様であるが、台湾は反社会的人格障害を含まないと規定している。

2. 誰が保護者になるか

- ・日本では配偶者と定められた範囲の血族が保護者となるが、韓国、台湾ではそれよりも広い家族、或いは関係者が保護者の対象となっている。

・韓国では、配偶者、直系血族、同一世帯の8親等以内の血族並びに4親等以内の姻戚が保護義務者の対象となる。これらは、後見人に優先して保護義務者となる。

・台湾では、後見人、法定代理人が優先であるが、次いで、配偶者、父母、家族が保護人となる。家族は共同生活を目的として同一の家に同居する者と定義され、法律上は血縁並びに姻戚関係になくとも保護人となる可能性がある。

また、日本と韓国では、保護者がいない場合、保護者が義務を履行できない場合は、行政地域の長が代わって保護者となるが、台湾では保護者がいない場合、行政地域の衛生主管機構が保護人を指名する。

b. 保護者の義務

日本の法律では、精神障害者の治療と保護に関して保護者の義務規定がある。韓国の法律では、それに加えて、精神疾患者が自傷他害しないように留意する義務があり、日本の同名の旧法に類似した内容であると言える。

これら両国の保護者の義務は類似するが、台湾の保護者の義務は大きく異なる。台湾の法律では、精神障害者の治療に関して保護人の義務が具体的に定められており、精神障害者の治療の進行に大幅な関与が求められている。

・台湾

精神障害者或いは精神疾患にある者の保護者或いは家族は、協力して治療を受けさせなければならない。

嚴重病人が緊急な状況にあり、直ちに保護又は病院へ行かないと、生命或いは身体に直ちに危険または危険の恐れがある場合は、

保護人は緊急措置を取ること

嚴重精神障害者で他人或いは自己を傷害し或いは傷害する恐れがあり、専門医師の診断により（終日）入院治療の必要があると診断された者について、その保護人は嚴重病人を支援して、医療機関で入院の手続きを取らなければならない。

緊急安置又は強制入院させられた嚴重病人或いはその保護人は裁判所に緊急安置と強制入院の停止の裁定を申し立てることができる。

嚴重病人が医師の指示に従わず、病状が不安定或いは生活機能が退化する恐れがあり、専門医師により地域治療の必要があると診断された場合、保護者は嚴重病人を支援して地域治療を受けさせなければならない。

精神障害者が成人である場合は本人の同意を得なければならない。但し、嚴重病人の場合は保護者のみの同意でもよい（未成年の場合は割愛）。（精神外科手術、その他中央主管機関が公布した特殊な治療方法 大学などの教育病院において、医療従事者、法律専門家、及び社会福祉「師」による審議会を通過した後に実施ができる。

精神障害者に対して、或いは精神障害者を利用して犯罪又は不正行為を行うこと。保護人がいずれかの規定に違反した時は、罰金を科し、その氏名を広告する。他に、直轄市、県（市）の主管機構は保護人に直轄市、県（市）の社会行政機関機構が実施する8時間以上50時間以下の補導教育を受けように命じ、必要経費を徴収することができる。

精神ケア機構及び職員が精神障害者の權益を侵害したと認識した時、保護人は書面により機構の所在地の直轄市、県（市）の

主管機関に訴えることができる。

このように社会行政機関機構が実施する8時間以上50時間以下の補導教育の受講義務を含め、保護人の義務は日本、韓国と比べて多くまた重い、医療の場の人権侵害を行政機関に訴える権利を明記している。

3. 精神障害者の入院に関する規定

韓国の入院制度は日本の入院制度に類似しているためここでは取り上げず、台湾の精神科入院について述べる。

台湾では、精神衛生法に規定された入院は、最初に精神科専門医に嚴重病人（*1）と診断されることから始まる。1名の保護人の同意書の提出とともに、嚴重病人として管轄行政地域の衛生行政機構に申請、登録される。その上で、入院治療の必要があると精神科専門医に診断され、入院拒絶あるいは入院の意志表示不能な場合、2名の精神科専門医医師による強制鑑定を行った結果、精神衛生法に規定された入院制度が適応される。すなわち、精神衛生法上に規定された入院は、嚴重病人の強制入院（その過程の応急の入院方法を含めて）のみである。それ以外の入院に関しては精神衛生法上に記載はない。入院治療が必要な嚴重病人で入院意志がある者は、自願入院（文字通り翻訳すると任意入院）となり、この場合は精神衛生法に定められた強制入院とは異なり、本人の同意を示した書面が必要となるが、精神衛生法に定められていない一般入院と同じ形態の入院となる。精神衛生法第四十一条には、嚴重病人で他傷または自傷、或いは傷害の恐れがあり、精神科専門医の診断により、入院治療の必要があると診断された者について、その保護者は嚴重病人

を支援し、精神医療機関に入院手続を取らなければならない、とある。しかし、行政院衛生署（*2）作成の手帳などを含めて一切記載が見られない。おそらく、自願入院と法第四十一条の保護人に支援による入院は混同され運用されているものと思われる。強制入院を除いて、具体的な入院の手順や患者の権利について、何も規定が存在しない。嚴重病人以外の、精神障害者の精神科への入院は、精神科以外の疾患での入院と同等に行われていると推測される。

*1 嚴重病人 現実から逸脱した異常な思考と特異な行為の現れがあり、それにより自己のことが処理できないと精神科専門医の診断により認定された精神障害者を指す。

*2 日本の厚生（労働）省に相当する国家レベルの行政組織。

4. 病院への入院以外の精神障害者収容に関する規定

韓国と台湾では主に慢性の精神疾患患者を収容する「施設」が存在し、施設はそれぞれ、精神保健法、精神衛生法により規定される。

双方とも、ほとんどの収容者は慢性の統合失調症患者であり、日本の精神科病院の長期入院病棟（療養病棟など）と比較可能な存在であると考えられる。

5. 医療機関の区分について

医療法に規定された医療機関の区分について、日本、韓国、台湾を比較する。韓国の韓方、台湾の漢方系の医療機関、歯科を主とする医療機関は除いて述べる。

・日本

医療法により、医療機関は次のように定義

される。

1. 病院

病床数 20 床以上の入院設備（病床）を持つもの。地域医療支援病院、特定機能病院、救急指定病院

2. 診療所

無床もしくは 19 床以下のもの（入院施設を持つ場合は有床診療所）

・韓国

医療法により、次の医療機関に区分される。
病院級医療機関

1. 総合病院 入院患者 100 名以上を収容できる施設

a. 100 床以上 300 床未満 内科、外科、小児科、産婦人科のうち 3 科の診療科目、放射線科、麻酔科、診断検査科または病理科を含む 7 科以上の診療科目を備え、各診療科目ごとに必要な専門医を置く。

b. 300 床以上 内科、外科、小児科、産婦人科、放射線科、麻酔科、診断検査科か病理科、精神科、歯科を含めた 9 以上の診療科目を備え、各診療科目ごとに必要な専門医を置く。

2. 病院 入院患者を 30 名以上収容できる医療機関

3. 療養病院 療養に必要な病気に対応し、長期入院が必要な患者を対象に医療行為をするために準備された病院。高齢者専門病院、精神病院、医療リハビリ施設として病院の要件を備えた医療機関

医院級医療機関

4. 医院 主に外来患者を対象とする、入院患者を 30 名未満収容できる医療機関。

・台湾

1. 総合医院

内科、外科、小児科、産婦人科、麻酔科、

放射線科など 6 科以上を設置し、それぞれの科に専門医師を置くこと。漢方科と歯科を設けること。病床数 100 床以上。救急診察室、手術室、ICUなどを設けること。

2. 医院

一つの科あるいは 2 つ以上の科を設置し、それぞれの科に専門医師を置くこと。歯科を設けること。病床数 20 床以上。100 床以上の場合、総合病院に準じた設備を設けること。

3. 専科医院

特定範囲の診療業務を行い、関連する診療科を必ず設けること。精神専門医院

4. 慢性医院

5. 精神科医院

精神科医院、精神科教学医院

6. その他の医院

リハビリテーション医院、

6. 病床に関する区分

・日本

医療法 7 条 2 項

1. 精神病床（病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのもの）

2. 感染症病棟（病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 - 中略 - に規定する一類感染症、 - 中略 - 二類感染症並びに - 中略 - 新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう）

3. 結核病床（病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう）

4. 療養病床（病院又は診療所の病床のうち、前 3 号に掲げる病床以外の病床であつて、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう）

5. 一般病床（病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう）

・韓国

病床による区分はない

・台湾

1. 一般病床

(1) 急性一般病房

(2) 慢性一般病房

(3) 精神病床

急性精神病房 薬物治療病床〔薬癮治療床〕を含む

慢性精神病房

(4) 結核病床

慢性結核病床 一般病床に属する

(5) ハンセン病病床〔漢生病病床〕

2. 特殊病床

(1) 加護病床 例えば、ICU、CCU、新生児或いは小児加護病棟の保育器など

(2) 熱傷〔焼傷〕病床

(3) 新生児〔嬰兒〕病床 例えば新生児中の重度病床など

(4) 新生児床 医院、診療所の新生児室を指す。正常新生児をケアする場所、保育器を含まない

(5) 緩和ケア〔安寧療護〕病床

(6) 呼吸看護病棟病床〔呼吸照護病房病床〕 呼吸看護病棟の呼吸器疾患を専門治療する病床を指す

(7) 呼吸看護中心病床〔呼吸照護中心病床〕 呼吸看護中心病棟の呼吸器疾患を専門治療する病床を指す

(8) 急性結核病床

(9) 精神科看護病床〔精神科加護病床〕 一般急性精神病房では対応できない急性或いは重症精神疾患に対して、24時間体制で観察できる医療病床

(10) 手術回復床

(11) 血液透析床

(12) 急診観察床

(13) その他

3. 産科病床

4. 精神科デイ・ホスピタル〔精神科日間照護〕

5. 国際医療病床

・まとめ

日本、台湾では、対象とする疾患などにより病床が区分されている。日本では5種類の病床に、台湾では、疾患、重症度、急性期と慢性期、新生児など様々な要因により細分化されている。

しかし、日本でも実情は対象とする患者、疾患により一般病床は細分化されており、実情は台湾に近くなる。

一方、韓国では病床による区分はない。

台湾での精神科病院での病床別の人員配置基準を次に挙げてみる。

台湾での精神科病院の区分は、精神科デイ・ホスピタルを含めて以下の8通り。

精神科医院	精神科教学医院
①精神科慢性一般病床	①精神科慢性一般病床
②精神科急性一般病床	②精神科急性一般病床
③精神科デイ・ホスピタル	③精神科デイ・ホスピタル
④精神科看護病床	④精神科看護病床

教学医院 医学部及び看護学校の見学、実習と研究医院をさす。

韓国には病床による区分はない。それぞれの病床に配置が必要な人員が定められており、医療費（診療報酬）もそれに応じて異なるが、現在分析中である。日韓の比較に

については、平成22年度報告を参照されたい。

D-3. 考察 & E-3. 結論

①精神保健法について（台湾に特徴的なことを主に）

日本と韓国の法律の対象はほぼ同様であるが、台湾は反社会的人格障害を含まないと規定している。

②保護者

3国ともに保護者を設けているが、保護者になりうる家族親族の範囲や選任の順位は3国で異なっている。この違いは、それぞれの文化、(拡大) 家族システムの違いより生じていると考えられる。日本では、家族システムは単一の文化に根差したものはなく、たとえば地域などによる違いが大きく、現状の近親の血縁集団からなる家族システムから保護者を選定するのが現実的である。これに対して、韓国では儒教に基づいた(儒教の理念を純化したような) 家族制度の考えがあり、それに基礎を置いた保護義務者の範囲が定められている。台湾では宗廟を中心とした大家族の理念があり(宗族)、それは儒教も含んだ漢民族の文化と関連した家族制度である。台湾では、配偶者、近親の血族で保護人が見つからないときは、親族集団の家長なども保護人となると思われる。ただし、台湾では高山族(原住民族)など、エスニシティが異なる集団があるため個別の対応も行われていると思われる。

③保護者の義務

台湾では社会行政機関機構が実施する8時間以上50時間以下の補導教育の受講義務を含め、保護人の義務は日本、韓国と比べ

て多くまた重いが、医療の場の人権侵害を行政機関に訴える権利を明記している点は、日、韓と異なる。

④病床による区分

日本、台湾では、対象とする疾患などにより病床が区分されている。日本では5種類の病床に、台湾では、疾患、重症度、急性期と慢性期、新生児など様々な要因により細分化されている。

一方、韓国では病床による区分はない。これが、相対的に韓国における病院の高収入の原因と考えられる。今後のわが国における施策を考える際の参考になろう。台湾はこの点ではわが国と同様の状況に置かれている。

G. 研究発表

1. 論文発表 なし
2. 学会発表

乾 剛、梅津 寛、岡崎祐士、石本佳代、大澤達哉、野中俊宏、厚東知成、林 直樹、梅田ゆい、今井淳司、反町佳穂子、崎川典子、河上 緒、増田尚久：最近12年間に松沢病院へ入院した外国人患者の実態と今後の課題。第108回日本精神神経学会、札幌、2012年5月24-26日(予定)

H. 知的財産権の出願・登録状況

(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

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」

分担研究報告書

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

研究分担者 白石 弘巳（東洋大学ライフデザイン学部）
研究協力者 秋山 剛（N T T 関東病院精神科）
梅津 寛（東京都立松沢病院精神科）
松本 俊彦（国立精神・神経医療研究センター）
三木 良子（東洋大学ライフデザイン学部）
金 東善（生活支援センター「ういんぐ」）
金 信慧（東洋大学福祉社会デザイン研究科博士前期課程）

研究要旨：

本研究班では、平成 23 年度に在日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題について、引き続き難民のメンタルヘルスについて調査を行った（課題Ⅰ）ほか、特に在日外国人の自殺に関して調査を行った（課題Ⅱ）。方法 課題Ⅰ：在日外国人の精神保健・医療・福祉のうち、特に難民支援に取り組んでいる支援者から実態と課題などに関して聞き取り調査を行った。課題Ⅱ 在日外国人の自殺に関する統計資料を検索し、特に日本に滞在する人数が多く、本国では自殺率が高い韓国を中心として、在日外国人の自殺の実態と課題について調査した。結果と考察：課題Ⅰ：難民は、難民となるに至ったトラウマ体験による心的外傷後ストレス障害（PTSD）だけでなく、難民認定申請者の日本における在留資格のあり方が生活の不安定さやメンタルヘルスの問題を引き起こす大きな要因であることが示唆された。課題Ⅱ H19 年度の統計で日本で自殺する外国人の自殺率は、日本人と大差なく、国籍別では韓国・朝鮮人が多くなっていた。その実態は十分解明されていなかった。結論：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はなく、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になった。

A. 研究目的

本研究班では、滞日外国人・在外邦人の精神保健・医療・福祉の実態と課題に関し

て調査研究を行い、法的な問題に関して法務省との今後の連携の方法を検討すること、また、諸外国において、刑務所、拘置所等

司法施設における精神障害者の実態についての調査・研究を行い、我が国への示唆を得ることを目的として研究を行う。

平成21年度は、以下の調査を行った。

課題Ⅰ 在日外国人の精神保健・医療・福祉の実態と課題

(1) 岡崎班と連携し、松沢病院などで治療を受けた外国人の事例において、法的な視点から課題を抽出し、今後あるべき対応策について検討した。

(2) 在日外国人の精神保健について大きな役割を果たしている東京英語いのちの電話(Tokyo English Life Line)の活動について調査し、在日外国人が精神医療にアクセスする上での課題を整理し、対応策について検討した。

(3) 在日外国人が精神保健、医療サービスを受ける上で必要な法律の翻訳、パンフレット類の整備などについて対応の現状を調査し、可能な範囲でモデルとなる法律の翻訳やパンフレットの外国語訳の紹介に努める。この目的もかねて、精神保健福祉法の英訳版を作成した。

平成22年度は、平成21年度に引き続き、在日外国人の精神保健・医療・福祉の実態とサービス提供の課題について、難民を対象として、支援に取り組んでいる臨床心理士から聞き取り調査を行った。難民のメンタルヘルスについては深刻な状況にあり、難民となるに至ったトラウマ体験による心的外傷後ストレス障害(PTSD)だけでなく、受入国での生活やその受け入れ態度などがメンタルヘルスに大きく左右することが先行研究で明らかになっている。

平成23年度は、引き続き、難民のメンタルヘルスの実態と課題について、平成22年

度の結果を踏まえて、この問題に詳しい精神科医にも面接をし、日本における難民問題について考察を加えた(課題Ⅰ)。

さらに、日本において自殺予防が大きなメンタルヘルスの課題となつて久しいが、日本に滞在する外国籍の人の自殺の実態については調査報告が乏しいことから、平成23年度新たに在日外国人の自殺について調査を行った(課題Ⅱ)。

B. 研究方法

課題Ⅰ 難民のメンタルヘルスの実態と課題

難民及び難民認定申請者に着目し、彼らの日本での生活状況と合わせてメンタルヘルスの状況を明らかにすることを目的とし、支援に関わる医師、ソーシャルワーカーへインタビュー調査を行った。

課題Ⅱ 在日外国人の自殺

政府の統計資料などから外国人の自殺について抜き出して自殺者数を調査した。その結果に基づき、在日外国人が自殺をする状況について新聞記事および、事情に詳しい専門家から情報収集を行った。

C. 研究結果

課題Ⅰ：難民のメンタルヘルスの実態と課題

難民支援に関わっているソーシャルワーカーと精神科医に聞き取り調査を行った結果を以下にまとめた。

1) 公的機関において難民支援を行っているソーシャルワーカーへのインタビュー

(1) ソーシャルワーカーから見た精神科医療の問題

厚生労働省は障害者自立支援法における自立支援医療（精神科通院医療）の適用について、在留資格を問っていない。また、東京都の精神医療・福祉課の精神科医療のQ&A集にも在留資格の有無にかかわらず利用できる」と記載されている。しかし、この指針は各自治体によって異なる現状があり、ソーシャルワーカーは以下のように述べた。

(a) 社会保障について

メンタルの部分で考えると、外国人という枠だけでなく「精神疾患、障害、法的枠組み」の三つの問題がある。その中でも在留資格が大きい問題であり、その資格により社会的なステータスも変わってくる。それで、難民認定を受けていると定住者の資格が付与されるから、一般外国人と同レベルに乗ることができ、国内法、社会保障が受けられる。それと医療、障害者サービスを受けるステージに乗ることができる。ただ言葉とか文化背景は別としてもそれを受けられるかどうかは別の問題。

例えば、障害者自立支援法の自立支援医療の精神科通院については、

・A 県：在留資格がなくても、住民票があれば自立支援医療が利用可。考え方として、日本に滞在するための資格「仮放免」は、在留資格とは認められていないが合法的な不法滞在と考えられるとの見解。

B 県：国民健康保険と同様の扱いのため、在留資格が必要。よって「仮滞在」、「仮放免」は自立支援医療が適用されない。

これらは、自治体だけではなく政令指定都市でも方針が違うことも多く、しかし自治体は口が出せないでいる。ある政令指定都市では、県の方針と違い国民健康保険と同

じ扱いとして、在留資格が求められる。また、国民健康保険についても1年以上の在留資格が必要なため、医療受診については、精神科を含め定住者でないと医療にかかること自体が困難。ただし、医療の支援が全くないわけではなく、難民認定申請者の場合は公的機関より医療費が支給される。しかし、それは完全に後払いであるから、医療費全額を立て替える資金力のない人々はややっぱり医療にかからないまま逼迫した状態で日々を過ごしている。また、精神疾患の場合は、症状が相当に悪化して初めて医療（自傷他害の恐れによる措置入院など）につながることが多い。

(b) 精神疾患への対応について

そんなに重篤でなくても、不眠を訴える人が多くPTSDの人も多い。生活問題など、先行きが見えず不眠を訴えたり、うつ、自傷行為がある人もいるし心的疾患を持つ人はとても多い。日本での生活状況で健康でいられる方が不思議。カトリックの教会の集まりや、同国人とのつながりがあればまだ救われるが、孤立している人の方が圧倒的に多い。

精神科医療につながった例として（個人が特定されないようマスキングを行ってある）、

・難民認定申請者（仮放免）：薬物性精神障害疑い

精神疾患の症状が悪化し、自傷他害の恐れがあると考え保健所に相談した。医療保険はなく、本人の受診意思は全くない。措置入院程度レベルであろうと判断されたが、措置解除後の問題として単身であるため引き取り手がいないこと、その後の医療費の