

④-2 任意の入院形態で対応している場合

- 1) この場合の入院形態の内容はどのようなものか。
- 2) 退院制限の制度は存在するか。存在するとして、その法的根拠、手続き（誰のイニシアティブ）で、誰が判断し、誰が入院させ、誰が制限を解除するのか)
- 3) この場合入院は、契約によるのか。契約によるとした時、誰と誰との間で契約がなされ、入院患者はその場合どのような法的地位に立っているのか。
- 4) この場合の入院費用の出所は、どこか。

⑤対象者が未成年者である場合、成年者の場合と別の取扱いがなされるか。

⑥提示事例の場合、入院とされないことになった場合、どのような対応がなされているか。

⑦入院後の、処遇改善、退院請求、面会などの権利保障の制度は、どのようになっているか。

⑧入院には時間制限があるか。あるとした場合、それはどのようなものか。また、入院は更新することができるか。できるとした場合、その手続きはどのようなものか。

⑨退院について

- 1) 退院の際の手続きはどのようになっているか。
- 2) その場合、退院を制限する手続きはあるか、
- 3) 退院後、そのような人は、どのような場所に行くのか。
- 4) 退院後の社会復帰のための役割を担うキーパーソンは、どのような人か。

⑩以上の入退院の手續に関与する人について

- 1) これらの手續に、医者以外でどのような人が関与するか。
- 2) 医者以外で関与する人は、どのような資格の人で、それはどのように選任されるか。
- 3) また、そのような人はどのように養成しているか。

## Common Survey Questions

(1) Overview of the entire legal system

(2) Methods of counting the number of beds in case of involuntary hospitalization

1) What is the approximate ratio of psychiatric care beds to the overall population?

2) Of these, approximately how many are cases of involuntary hospitalization?

3) What sorts of diagnoses have been made for these people?

(3) Overview of hospitals for observation

1) What sort of people do these hospitals usually treat?

(4) In the event of presentation cases, do these correspond to cases of involuntary hospitalization or voluntary hospitalization?

(4)-1 Involuntary hospitalization:

1) What are the circumstances of the hospitalization of these people?

2) What are the legal grounds for this hospitalization? Also, what are the substantive requirements for hospitalization?

3) How does the law regulate the procedures leading up to hospitalization?

A) Is this by judicial review, or otherwise? If otherwise, what sort of institution or agency conducts this review?

B) Does the law specify certain persons to carry out this review and the procedures to be followed?

4) In practice, what kinds of procedures are conducted to determine involuntary hospitalization? Also, what sorts of people first suggest this involuntary hospitalization?

5) Approximately how many patients have been admitted through involuntary hospitalization in this way? Also, approximately what ratio of the total number of admitted patients does this kind of involuntary hospitalization occupy? Approximately how many days is the average period of hospitalization in these cases?

6) Who pays the hospitalization expenses in such cases?

(4)-2 Voluntary hospitalizations:

- 1) What are the circumstances of the hospitalization of these people?
- 2) Does a system exist to restrict hospital discharges? If yes, what are its legal grounds (and upon whose initiative) and its procedures? Who makes the decision? Who hospitalizes these patients? Who lifts these restrictions?
- 3) In the case of voluntary hospitalization, is this according to a contract? If so, between which parties is the contract concluded, and what kind of legal status does the admitted patient have in this case?
- 4) Who pays the hospitalization expenses in such cases?

(5) If the subject is a minor, is the case handled differently from those of legal adult age?

(6) In the event of presentation cases, if it is decided that the patient should not be admitted, what support is available?

(7) After admission, what kind of system exists to guarantee rights such as improved treatment, hospital discharge claims, visitation, etc?

(8) Is there any time limit on hospitalization? If so, approximately how long is this? Also, can the period of hospitalization be renewed? If yes, what kind of procedure does this involve?

(9) Regarding hospital discharge

- 1) What procedures are undertaken for hospital discharge?
- 2) In such cases, are there any procedures to restrict hospital discharge?
- 3) After hospital discharge, to what kinds of places do these people go?
- 4) What sort of persons plays a key role in social rehabilitation after discharge from hospital?

(10) People involved in hospitalization and discharge procedures

- 1) Aside from physicians, what kinds of people are also involved in these procedures?
- 2) Of these non-physicians who are involved, what kinds of qualifications do they have, and how are they selected?
- 3) Also, how are these people trained?

## 資料 2

<事例 1> 頻回入院、統合失調症、独居、近隣住民からの苦情が発端、社会的入院を継続

【患者の状況】46歳、女性、既往症なし。連絡可能な親族はいない。

### 【相談までの経緯】

- ・同胞なし。周産期発育に異常なし。中学校卒業後、無職。
- ・X-25年（21歳）のときに交際相手と駆け落ちし、以降、実家とは音信不通。
- ・X-20年（26歳）の時に「誰かに追われている」と夫に訴えるようになり、精神科病院を受診。統合失調症と診断され、3カ月任意入院。その後も、服薬を中断しがちで、医療保護入院を2回、任意入院を5回繰り返した。
- ・次第に認知機能や生活能力の衰えが目立ち、家事のほとんどを夫が行うようになった。
- ・X-1年（45歳時）に、夫が交通事故で死亡。夫の遺族年金と生命保険を取り崩し暮らしていた。次第に、家にこもり、通院も不規則となり、不眠が続くようになった。
- ・X年、ゴミを家の中にため込み、また、ゴミ収集所に捨てられた大型ゴミも家の中に持ち込むようになった。次第に家の前にもゴミを積み上げ、異臭がひどく、往来にも支障をきたすようになり、困り果てた隣人が市役所の環境担当課に相談し、その担当者が自宅を訪問した。

### 【入院が必要と判断した理由】

- ・環境担当者が訪問したところ、自宅の中、外にもゴミがあふれ、いわゆる「ゴミ屋敷」状態であった。本人は、玄関先で「これは必要なものです」と繰り返すのみで、担当者と目を合わせようとしなかった。
- ・環境担当者が、本人の行動が精神的なものではないかと判断し、市保健師に相談。市保健師が訪問したところ、悪臭にも関わらずゴミの中で身を潜めていた。
- ・その後、市保健師が、数回訪問するうちに、本人が精神科の治療歴があることを把握。本人を説得し、病院受診に同行。精神保健指定医から入院について説明されても、「病院よりも家で隠れていた方が安全」と言い張り、入院について同意しなかった。
- ・精神保健指定医は、①服薬中断しており、病状悪化の恐れや健康管理面への影響が想定されること、②妄想による近隣への迷惑行為があり、病状悪化により迷惑行為が拡大する懸念があることを勘案し、市町村長同意による医療保護入院が必要と判断した。

### 【入院中の状況】

- ・入院直後から1カ月間、食事、トイレ、風呂以外は、布団にくるまり、独語する日々が続いたが服薬調整により徐々に精神状態は改善した。看護者や作業療法士による活動の促しにより、活動性や生活能力も改善したが、病識は不十分だった。
- ・入院後6カ月経過時点で入院前の住居は立ち退きとなった。入院前のエピソードから独居も困難と思われたが、受け入れ可能なグループホームはなく、病状は改善しているものの社会的入院の継続を余儀なくされている。

### **Case Study 1**

Frequently hospitalized, has schizophrenia, living alone, first complaints were from neighboring residents, ongoing social hospitalization.

**Patient status:** 46-year-old female, no pre-existing medical conditions. Not possible to contact relatives.

#### **History leading up to consultation**

- No siblings. No abnormality in perinatal development. Unemployed since graduating from junior high school.
- Patient ran off with a romantic partner at X-25 years (21 years of age), after which she lost touch with her parents' home.
- At X-20 years (26 years of age), she complained to her husband that she was being "chased by someone," and subsequently consulted a mental hospital. She was diagnosed with schizophrenia and was voluntarily hospitalized for three months. Subsequently, since she tends to stop taking her medication, she has been hospitalized twice for her own medical protection and has undergone voluntary hospitalization five times.
- Her decline in cognitive function and living capability became gradually more marked, and her husband started taking on most of the housework.
- At X-1 years (45 years of age), her husband died in a traffic accident. She survived by using up her husband's life insurance and survivor's pension. Gradually, she became reclusive at home, her visits to hospital became irregular, and her insomnia continued.
- At X years, she was storing garbage inside her house and also bringing inside large items of garbage discarded at trash collection points. Garbage gradually began to pile up in front of the house, which smelled terrible and presented an obstacle to traffic. Compelled to action, her neighbors consulted the officer in charge at the municipal environment department, who visited the home.

#### **Reasons hospitalization was judged necessary**

- When the environment officer visited, garbage was overflowing both inside and outside the home; a so-called "house of garbage" state. The patient would only repeat "I need all these things" while standing in the doorway, refusing to make eye contact with the environment officer.
- Judging that her actions were possibly caused by a mental condition, the environment officer consulted with a city public health nurse. When the nurse

visited, the patient was physically hiding herself among the trash, despite the terrible smell.

- Subsequently, after visiting her several times, the nurse figured out that she had a history of psychiatric treatment. The nurse persuaded her to come along for a hospital visit and consult a doctor. Even when the designated psychiatrist explained about hospitalization, the patient insisted that, “It is safer to hide at home than in hospital,” and did not agree to hospitalization.
- Taking into account 1) the impact on her health management and the risk of her condition worsening when she stops taking her medication and 2) that her delusional behavior was a nuisance to the neighborhood, as well as concerns that this nuisance may be exacerbated as her condition worsens, the designated psychiatrist determined that hospitalization for her own medical protection was necessary, with the mayor’s consent.

### **Status in hospital**

- In the first month directly after admission, she wrapped herself in her futon and spoke to herself all day except when eating, using the bathroom, or washing herself, but with adjustment of her medication her mental state gradually improved. With the assistance of nurses and occupational therapists, her level of activity and her living capabilities also improved, but her awareness of her own condition was insufficient.
- Around 6 months after hospitalization, she was evicted from her pre-hospitalization residence. Judging from her episodes before hospitalization, it seemed that living alone would prove difficult for her; however, since there was no group home that would accept her, she has been forced to continue social hospitalization despite the improvement in her medical condition.

<事例 2> 未治療、統合失調症、家族同居、元々不良だった家族関係が入院でさらに悪化

【患者の状況】 38 歳、男性、既往症なし。姉と姪が本人宅に出入りし本人と関係不良。

【相談までの経緯】

・ 同胞 2 名第 2 子。周産期発育に異常なし。中学校卒業後、運送業を転々とした。X-4 年夏より引きこもり。未婚。父親は死亡しており、母親と 2 人暮らし。

・ X-5 年(33 歳)時に不眠、抑うつ気分を認め、A 病院精神科へ初診した。「うつ病」の診断でパロキセチンが処方されアクティベーション様の興奮をきたし、窃盗、暴行で逮捕され執行猶予となった。以降、自宅閉居、無為な生活を送るようになった。母に対して暴言や暴力を振るい、怒りは姉と姪に対して特に顕著だった。自宅で電話のコンセントを抜く、窓にエアークラップを貼り目張りをする、自室の扉に釘を沢山打ちつけ、「盗聴されている」「見張られている」と防犯カメラを何台も設置する、などの被害妄想に基づく異常行動も認めるようになった。

・ 姉と姪は母のことを心配し本人宅を訪れ、本人に干渉し叱咤していた。本人は姉と姪に対して徐々に怒りの感情を溜めていた。母は姉、姪と本人の不仲に困惑していた。

・ X 年家族が精神科への受診を促す度に興奮をきたし、家族は保健所に相談したが、手続きが複雑との理由で公的搬送サービスは利用できなかった。X 年 5 月 10 日、困った家族が民間の救急搬送サービスに依頼し、本人を精神科病院に受診させた。

【入院が必要と判断した理由】

・ 診察場面では、穏やかに現在までの出来事を振り返り、幻覚や妄想は目立たず、怒りの対象は家族に限局しており、医療の必要性を否定した。姉と姪は精神科への入院の希望が強く、本人の現在までの威嚇行動や精神的不安定さを切々と語った。本人は、姉、姪の入院要求に対し「ぶち込めばいいと思っているんだろうが！」「覚えてろよ！」と突如興奮し殴りかかろうとした。診察した精神保健指定医は、統合失調症と診断し、家族への攻撃性が顕著であり、継続的な外来治療も困難なため入院加療を要すると判断したが、本人は入院に同意しなしないため、同行していた母親の同意を得て、同日医療保護入院となった。

【入院時の状況】

・ 外来での興奮状態から衝動行為の恐れが高く、精神保健指定医の診察の結果、隔離を開始した。リスペリドン 1.5mg の投与を開始し、興奮が改善したため隔離を解除した。病棟内適応は良好で妄想も目立たなかったが、家族面会の度に「勝手に入院させやがって。薬漬けにすればいいだろ！」と暴言を浴びせ物を投げつけるなど興奮を呈した。入院当初は、早期退院が可能と思われたが、元々不良であった家族関係が非自発的入院により複雑化し、自宅への退院には慎重な判断と家族調整を要すると考えられた。家族への心理教育を行い、複数回の外泊で安全を確かめたのちに、同年 7 月 6 日に自宅へ退院となった。

【現在の状況】

・ X 年 8 月現在、自宅で生活し外来通院は継続しているが家族に対する敵意や衝動性は持続しており、家族は本人に怯えながら生活を続けている。

## **Case Study 2**

Untreated condition, has schizophrenia, lives with family, familial relations (originally poor) worsened after hospitalization.

**Patient status:** 38-year-old male, no pre-existing medical conditions. His sister and niece move in and out of his house, and their relationships with him are bad.

### **History leading up to consultation**

- Second child of two siblings. No abnormality in perinatal development. After graduating from junior high school, he drifted around working in the transportation industry. In the summer of X-4 years, he became socially withdrawn. Unmarried. Father died, and he was living together with his mother.
- At X-5 years (33 years of age), he recognized his lack of sleep and depressed mood and went for an initial visit to psychiatric hospital A. Diagnosed with "depression," he was prescribed paroxetine, which stimulated a kind of agitated activation, and he was arrested for theft and assault and given a suspended sentence. He subsequently spent a lot of time at home living an inactive life. He was violent and verbally abusive toward his mother, and demonstrated particularly marked anger toward his sister and niece. He would pull the phone cord out of the wall at home, cover the windows with bubble wrap, drive numerous nails into the door of his room, as well as install multiple security cameras because he was "being watched" and "eavesdropped upon." It was recognized that his abnormal behavior was based on delusions of persecution.
- Worried about the patient's mother, his sister and niece visited the house and scolded him and intervened in his behavior. The patient started gradually accumulating anger toward his sister and niece. His mother was puzzled by the falling-out among her son and his sister and niece.
- Year X: Whenever the family encouraged him to visit a psychiatric clinic, it caused him to become agitated. The family consulted a health center, but could not arrange public transportation services since the procedures were complicated. On May 10 of year X, the troubled family requested a private-sector ambulance service and made him visit a psychiatric hospital for diagnosis.

### **Reasons hospitalization was judged necessary**

- At the examination, he calmly recounted the events leading up to the present day, his hallucinations and delusions were not markedly noticeable, the target of his anger was limited to his family, and he denied the need for medical care. His sister and niece strongly hoped that he would be admitted to psychiatric care, and spoke in desperation



about his threatening behavior and mental instability to date. In response to his sister and niece's request for his hospitalization, he suddenly grew agitated and shouted "You just want to throw me in hospital, don't you!?" and "I'll get you for this!," trying to physically attack them. The designated psychiatrist who examined him made a diagnosis of schizophrenia, and given his remarkable aggression toward his family and the difficulty of continued outpatient treatment, judged that inpatient hospitalization would be necessary. However, since the patient himself did not consent to hospitalization, consent was obtained from his mother, who had accompanied him, and he was hospitalized for his own medical protection that day.

### **Status in hospital**

- Given the high risk of impulsive behavior judging from his agitated state on an outpatient basis, as well as the results of the examination by the designated psychiatrist, the patient was first placed in isolation. After commencing administration of risperidone at 1.5 mg, his agitation improved and he was released from isolation. He adapted well to the ward and his delusions were not marked, but during every family visitation he became agitated, threw objects, and showered his family with verbal abuse, such as "You tricked me into getting locked up in this place! You want to get me addicted to drugs!" At his initial admission, it seemed that an early discharge from the hospital might be possible, but considering that his (originally poor) family relationships were further complicated by his involuntary hospitalization, it was determined that any discharge to home would require careful judgment and coordination with his family. After his family was given some psychological education, and after safety was confirmed by allowing him to spend a few nights outside the hospital, he was discharged to home on July 6 the same year.

### **Current Status**

- At present, in August of year X, he continues to live as an outpatient at home, but his impulsivity and hostility to his family have continued and his family lives in fear of him.

## SFにおける強制入院退院手続

—Public defender's office Mental health Divisionの  
関り—

2013.12.23  
川本哲郎(同志社大学)  
黒田治(都立松沢病院)  
飯野海彦(北海学園大学)

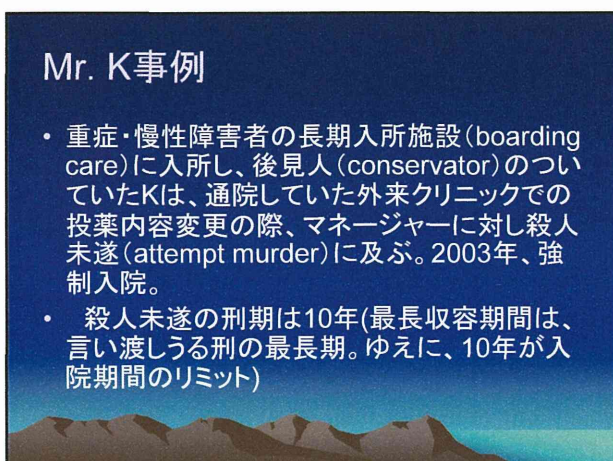


### 1. NGI(Not Guilty by Insanity)となった 触法精神障害者の退院手続。

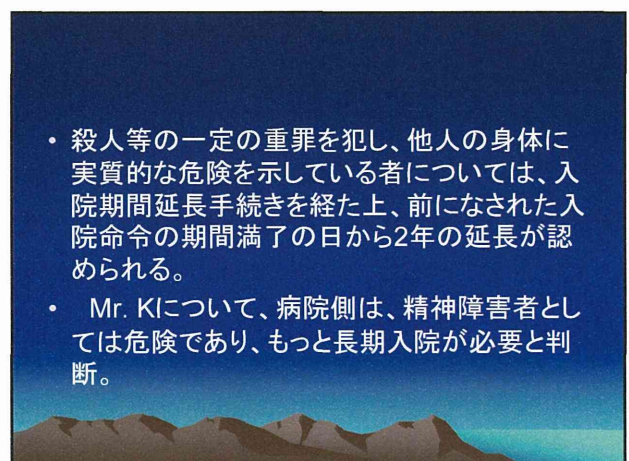


### Mr. K事例

- 重症・慢性障害者の長期入所施設 (boarding care)に入所し、後見人 (conservator) のついでいたKIは、通院していた外来クリニックでの投薬内容変更の際、マネージャーに対し殺人未遂 (attempt murder) に及ぶ。2003年、強制入院。
- 殺人未遂の刑期は10年(最長収容期間は、言い渡さる刑の最長期。ゆえに、10年が入院期間のリミット)



- 殺人等の一定の重罪を犯し、他人の身体に実質的な危険を示している者については、入院期間延長手続を経た上、前になされた入院命令の期間満了の日から2年の延長が認められる。
- Mr. KIについて、病院側は、精神障害者としては危険であり、もっと長期入院が必要と判断。

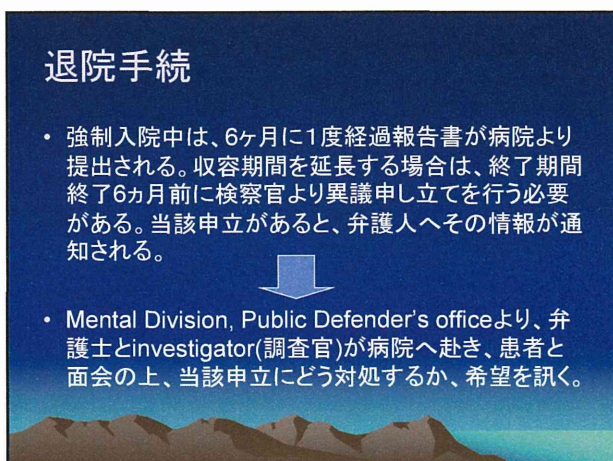


### 退院手続

- 強制入院中は、6ヶ月に1度経過報告書が病院より提出される。収容期間を延長する場合は、終了期間終了6ヵ月前に検察官より異議申し立てを行う必要がある。当該申立があると、弁護士へその情報が通知される。

↓

- Mental Division, Public Defender's officeより、弁護士とinvestigator(調査官)が病院へ赴き、患者と面会の上、当該申立にどう対処するか、希望を訊く。



### 患者側異議申立方法は2つ

Jury trial  
or  
Bench trial(裁判官による事実認定)

Mr. KIは、Jury trialを選択  
対人恐怖を有する患者の場合は、Bench trialを選択。弁護士が付き、精神科医と検察官が出廷。



## 収容期間満了後も病院に留まりたい患者の場合

- waiver(権利放棄書)に署名することで、その後も病院に留まることを許可される。
- waiverへの署名は、2年間の入院を受け入れ、審判その他を必要としないことを受け入れるという申し出となる。

## 退院許可条件

1. 退院後外来でのクリニック継続受け入れが決まっていること
2. 継続的な治療を受けることを受け入れる約束をしていること
3. しっかりとした住居が確保されていること
4. 生活の金銭的な援助申し入れがなされていること

全てクリアする必要

## 入院継続の基準:「他人に重大な侵害を与える危険」

重症である、あるいは治療の必要性ではなく、重大な他害の危険性が基準

## 判断指標

1. 自分自身の行動をコントロールできていない
2. 自身が精神障害であることを理解していない(病識がない)
3. 他人を襲う
4. 妄想がある
5. 病院内での治療に協力的でない
6. 他の患者やスタッフに見境無くけんかをふっかける

## 「重大な他害の危険性」のみを入院継続の基準とすることについて

立法の不完全さは認識されている

## 自殺未遂事例

- 子供を殺害した母親が入院期間満了により外来で治療中、自殺を試みた(他人への危険はなし)。
  - 2階から飛び降りて、入院が必要と診断されたものの、本人は拒否。
  - 入院を継続すべくtrial
- ↓
- 法律上の「他害の危険」が全く無い事案であったため、hanging jury(評決不一致)

## 終身刑相当の場合

- 言い渡す最長刑が終身刑相当である場合、jury trialによる退院申立は許されない。
- 毎年裁判所に人身保護請求令状(habeas corpus)発付を願い出ることのみが許されている。
- 許されると、外来触法精神障害者治療を受けることに。
- 1年外来治療を継続すると、完全な開放を願い出ることが出来る。



## その他補足(SF精神医療制度における特記事項)

- 触法精神障害者が服薬を拒否した場合、SFでは、裁判官の決定により、服薬を強制することができる
- Civil commitmentでの非自発入院において、患者が服薬を拒否した場合、精神科医はaffidavit(宣誓供述書)に署名する必要がある。
- そのformに、「患者から精神薬を摂ることについてのcomplaintを受けているか yes/no」とあり、yesの場合、患者の摂る向精神薬(副作用が様々)を患者が選択できるようになっている。
- カリフォルニア州の他郡では投薬について患者の選択は許されていない。SF郡では、患者の選択権を守るためにそれを許している。

UCSF/SFGH Division of Citywide Case Management Programs

2013.10.29訪問

川本哲郎(同志社大学)  
黒田治(都立松沢病院)  
飯野海彦(北海学園大学)

任務

重大かつ固執的な精神障害を有する人と家族、支援ネットワークに対して、社会復帰を促進するために、思いやりがあり、礼儀正しく、文化的かつ臨床的に適切で、包括的な精神医療を提供すること。

我々の多職種処遇は、以下のために設計されている

- (1)患者の生活の質を高めること
- (2)個人の目標と希望を尊重すること
- (3)個々の強さを確定すること
- (4)個々の患者が、安全かつ強力的な社会において、意義があり、且つ目的のある、教育的、精神的、社会的、職業的、レクリエーション的な活動にじゅうじするのを援助すること
- (5)人種、民族、性、宗教、性的態度における多様性を援助すること

\* カリフォルニア州は同性愛に対する理解が大きい。

リベラルであり、地方税を低所得者層に回すなど福祉が充実している。(全米に他に例がない)

\* サンフランシスコでは、20%の住宅を低所得者層も入居できる家賃とすることとしている。

\* 患者の権利の確立と擁護も進んでいる(10月28日訪問 Robert Marquez Director, Mental Health Client Advocates.)

反対運動は？

\* 後述のホテル: 既存のものを改装するより新築の方がコストがかからない。2011年9月開設のRichardson Apartment建築時には反対運動があった。

■ホームレスを減らす効果

\* 就職支援モデル・・・病気でもなくても支援してくれる。

\* サンフランシスコに低所得者層が他地域から流入しないかとの質問に対し、確かに全米のホームレス統計によれば、サンフランシスコでは、50%が新たなホームレスとのこと・・・あまり、気にしていないよう。すなわち、流入の水準阻止といったことは考えていない。

活動

- ・ ケース・マネジメント
- ・ 心理療法
- ・ 服薬管理
- ・ 就業
- ・ 研究
- ・ 教育

\* 有給スタッフは100名

5つのチーム

①Focus(焦点・中心点) 対象者 急性400人 4チームで担当

②Linkage(連携) 対象者 2-4月ヶ月に期間を限定した集中治療 75人  
目標 社会復帰への橋渡し(Improve linkage to outpatient services)

③Roving(移動・浮浪) 対象者140人 ホームレス 26のホテル、  
合計 2446ユニット

\* サンフランシスコには、ゴールドラッシュの終焉、海運業衰退で空いた古いホテルが多く、低所得者の住宅となっている。市が買い取って、住宅支援に使っている。

④Forensic(司法) 対象者145人 重大で固執的な精神障害、薬物乱用の併発、重罪レベルの前科

行動保健裁判所 (Behavioral Health Court)と協働

\* 麻薬等薬物依存が主流とのこと。Sexual offender→多くはない

ペドフィリア→別のセンターが扱う

\* SFでは、以前は精神保健裁判所 (Mental Health Court)という名称であったが、薬物・アルコールとの統合が行われて、現在の名称となった。ただ、両名称は地域による呼び名の違いで、審判機能・対象の違いを反映するものではない。"Mental・・・"という呼称を嫌ってということもある。

目標 裁判所の監督下で治療を受けること

現在の起訴案件の解決

再犯の減少

⑤Employment(就業)

重大な精神障害に罹患している者のうち60-70%以上が就労を希望しているが、15%以下しか就労していない。

\* 当初は、就職のための面接指導をおこなっていた。

↓

希望職種を探すようになる。「取り敢えず」やってみたいことをやらせただうえで、何が足りないかを探ってケア(たとえば投薬)

\* 2012-13 1445名が対象に

23%が60歳以上で、身体のケアが必要な者も 男性が多い。

68%が統合失調症、75%が麻薬の問題を抱えている。

### \* Jailの精神障害者

- Jailに入るまで治療を受けていない人が多い
- Jailのメディカル担当者から当局へ連絡がある
- 同様に、病院からの連絡により、退院後のケア

### Housing first, treatment next

- 「先ずは住居、治療はその次」
- Citywide Case Management Programsは、2003年からスタートし、犯罪率は40%低下した。

## ホテル —Richardson Apartment—

川本哲郎(同志社大学)  
黒田治(都立松沢病院)  
飯野海彦(北海学園大学)

## ホテル

- Division of Citywide Case Management Programs ; Rovingチームが提供する居住支援 26のホテル、合計2446ユニット
- サンフランシスコには、ゴールドラッシュによる人口流入、港湾都市であるため船員のためのホテルが多い。
- しかし、ゴールドラッシュの終焉と海運業衰退により、それらのホテルが低所得者層の住まいとなった。
- これらの古いホテルを市が買い取り、改装して居住支援のための住まいとして提供。

- 古いホテルを改装するより、新しく新築の方がコストが安く済む。
- 新たにもう一軒開設予定

Richardson Apartment 2011年9月開設



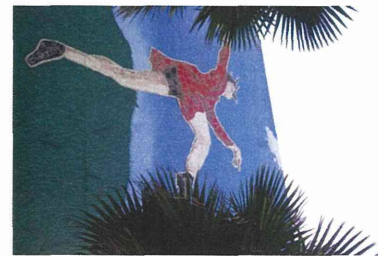
SF市庁舎前の「一等地」に立地;「ホテル」前の道路より



個人用郵便受け



中庭モザイク画



モザイクー右下人物と比較



中庭



1階オフィス 入居者はいつでもスタッフと話をしに来ることができる



- ・ソーシャルワーカーの他、看護師が常駐して服薬等を管理
- ・医師は週一回勤務
- ・メディカル・デレクターのFumi Mitsuishi氏のオフィスは、写真奥(非常時に中庭に逃げられる)
- ・各部屋に窓;健康に配慮
- ・調理用コンロにタイマー;事故の防止

・入居者は精神障害者に限られない



研究報告

フランスにおける非同意治療に関する研究

八木 深

国立病院機構 花巻病院

平成 25 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）

研究報告書

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

フランスにおける非同意治療に関する研究

研究協力者

八木 深

国立病院機構 花巻病院院長

研究要旨：日本は、精神保健福祉法を改正し、医療保護入院について、保護者の同意ではなく、家族等の同意と変更したが、日本の家族の負担は軽い。我が国の精神医療の今後のあり方を考えるため、評価項目と仮想事例を作成し、フランスにおける非同意治療制度を調査した。フランスは、家族に限らず第三者の申請と医師の診断書で精神科以外の総合病院や救急部での精神科非同意治療導入が可能であり、医療導入は日本よりも柔軟である。また、自由入院でも原則として健康保険で 100%費用がカバーされるなど、家族の負担軽減を考える際に参考になる。

フランスは、2011 年に公衆衛生法を改正し、非同意治療の範囲を部分入院やデイケア等外来治療にも広げそれを裁判所がチェックする仕組みにし、精神障害者に限らず全ての病者が、信頼できる人を指名し後見的役割を委託するなど、医療アクセスの視点と権利擁護の視点のバランスがよく学ぶ点がある。

**A. 研究目的**

日本は、精神保健福祉法を改正し、医療保護入院について、保護者の同意ではなく、家族等の同意と変更したが、日本の家族の負担が軽くなったとはいえない。本研究の目的は、フランスにおける非同意治療制度について調査し、病者の人権保護と医療へのアクセス、家族の負担など、運用上の課題をまとめ、我が国の精神医療の今後のあり方を考えることにある。

**B. 研究方法**

「共通調査用紙」（資料 1）および仮想事例（資料 4・5）を作成し仏語に翻訳し訪問先に送付し、それに基づき、医療現場の実務者と政策担当者に面接した。フランス人とは通訳を介して面談した。調査項目の概略は以下の通りである。

- 1 法制度全体の概要
- 2 非自発入院病床数など統計
- 3 視察病院の概要
- 4 提示事例への対応意見
- 5 入院費用
- 6 その他

研究協力者八木深以外の調査参加者・研究協力者は、磯部哲(慶應義塾大学法科大学院教授)、久保野恵美子(東北大学法学部教授)、村上優(国立病院機構琉球病院院長)、で、調査日程は以下の通りである。

平成25年9月9日パリ 法人医療相談室 太田博昭先生訪問 面接  
同9月10日 パリ サンタンヌ病院 セクター 1 3 Corinne DUCROIX 医師と P S W 訪問・面接  
同9月11日（水）仏保健省 医療提供総局（D G O S）イザベル女史 訪問・面接  
(倫理面への配慮)

事例は仮想化し、本人であることが特定されないように配慮した。

## C. 研究結果

### 1 フランス公衆衛生法の概略

フランスは、2011年に公衆衛生法を改正し、入院という用語を「治療」に置換し非同意外来治療を導入し、患者の人権に配慮し非同意治療手続きに裁判所が関与することにした。

フランスの非同意治療には、公共の秩序や安全を脅かす場合の県知事命令での「国代理人の決定による治療SPDRE」と精神障害の治療が必要だが同意不能な患者に対する病院管理者の決定による「第三者の申請による治療SPDT」の二種類がある。

非同意外来治療は、ほぼ住民8万人を担当するセクターが担当し、治療内容は診断書で決められ、期限はないが、6か月ごとに裁判所審査がある。国外移動は不可で、治療中断時、医師が非同意入院必要と記載するだけで再入院可能である。

フランスでは、家族は入院・治療の同意者ではなく、治療・入院の申請をする第三者の一部として位置づけられる。治療申請可能な第三者は、以下の通りで、家族以外の第三者の申請でも非同意治療が可能である。

- ・患者の利益のために動く人物
- ・家族や取り巻きの一員
- ・入院申請以前から関係のある第三者
- ・入院機関職員は除外

非同意治療の要件は、精神障害の存在、治療への同意不能であり、入院は病院環境で常時観察することを要する至急の治療の必要性を要件とする。

精神障害については、

- ・自殺のリスク
- ・他者を攻撃する潜在的リスク
- ・アルコールや中毒物質摂取合併
- ・妄想または幻覚
- ・感情障害
- ・なげやり度

で判断し、重症でただちに治療必要であることを示すよう提言されている。

同意不能については、

- ・適合した情報を受け取る能力
  - ・聞いて理解する能力
  - ・合理的に考える能力
  - ・自分の決定を自由に表明する能力
  - ・当面、自分の決定を維持する能力
- で判断するよう提言されている。

要件を満たせば、第三者申請では、施設管理者が非同意治療を決定し、公共の秩序や安全を脅かす場合には、県知事が非同意治療を命令する。

非同意入院は、治療チームが必要時いつでも介入可能である継続的観察が必要であることが要件である。

患者の権利擁護の観点から、非同意治療手続きに裁判所が関与する。不服申し立て手続きは以下の通りである。

- ・自由と拘留判事 JLD が第 12 日から第 15 日の間で（修正実施後は、1 2 日）患者を聴聞し、患者は状況への不満を申し立てできる。
- ・患者は、聴聞と無関係に、自由と拘留判事に対し非同意治療への不服申し立て可能である。
- ・自由と拘留判事は非同意治療の継続の承認と却下が可能である。
- ・患者は行政裁判所に対し、国家代理人決定による精神科治療につき権力乱用申立可能で、行政裁判所は形式を判断する。（修正実施後、

行政裁判所への申立は廃止される)

非同意治療導入の流れの概略は以下である(資料2)。

1) 危機介入の発端

異常または公共の秩序・安全の危機があり、住民や家族が警察や病院等に相談

2) 非同意移送 法 L3222-1-1

精神科治療の対象となる人物は、厳密に必要なと考えられる時には、本人の同意なしに、医療施設受け入れ部門へ、本人の状態に合わせた方法で移送できる。移送は医療移送者によって確実になされる。

3) 総合病院等受け入れ施設での医師診断書・非同意手続き開始

精神科医である必要はない

4) 非同意手続き開始同時に入院開始  
入院開始は精神科とは限らないが  
48時間以内には精神科に移送

5) 24時間後の精神科医師診断書

緊急時には24時間診断書のみ

6) 72時間後の精神科医師診断書

非救急時の2通目 治療形態決定

7) 15日後の自由と拘留裁判官 JLD  
聴聞(修正後は12日病院内開催)

8) 6か月ごとに自由と拘留裁判官  
JLDは非同意入院について聴聞し、  
非同意外来治療について審査

法案成立後に、いくつかの修正がなされた(Le Semaine Juridique Edition generale N42 14 Octobre 2013)。憲法委員会は、過去10年間の処遇困難病棟 UMD への移送歴のある国家代理決定入院者につき1年後の審査委員会を開催するとした規定

を停止し、単に10年以内に入院歴のあるものは1年後の審査委員会を開催すると修正された。対人暴力5年以上、器物破損10年以上の刑に関する心神喪失者の入院の1年後審査に関しては、審査委員会の意見と診断書2通が必要という規定は維持された。修正により、聴聞は15日から12日に変更され、聴聞の非公開化はどちらかが請求すれば可能になり、病院内での実施が原則で、ビデオカンファレンスは廃止され、弁護人の必置とされた。これらの修正は2014年9月1日から実施される。また仮退院制度が復活した。

2 非自発入院病床数など統計  
フランス社会問題保健省提供の資料によると以下のとおりである。

○2011年 人口1万あたり入院等数

完全入院日数	3105
部分入院日数	976
非自発入院日数	592
その他の治療行為数	2679

○非自発入院の数の推移

	2009年	2010年	2011年
入院数	92467	97461	95333
日数	4004366	4245692	3848113
患者数	76260	79017	76670

※統合失調症、妄想障害(F20、F22)が中心的診断名であり、気分障害(特にF31、F32)もある。

※非同意入院用病床はないが、精神医療施設600施設のうち、245施設が非同意入院を受け入れている。

サンタンヌ病院第13セクター(パ