

リ 14 区担当)によると、疾患は、統合失調症が 2/3 でアルコールは多数、薬物乱用少々である。90%が自由入院で、平均入院期間は約 3 週間である。国の代理人請求の入院では長期や超長期もある。処遇困難病棟 UMD に移送するケースもある。1 年以上入院の患者は 80 床中一桁である。

フランス政府統計 DREES SAE 1998-2008 によると、2008 年、住民 1 万につき全科 78 床のうち 68.8 床が完全入院(精神完全 8.9)、9.2 床が部分入院(精神部分 4.3) 病床利用率 76.4%。精神科では 1998 年以降病床数は安定している。精神科では、民間病院でも部分入院は古くからあり、救急は最近民間でも増えたが数は少ない。社会復帰施設は 11 年間で 3500 床増えた。

### 3 視察施設サンタンヌ病院の概要

サンタンヌ病院は 1867 年に運用開始し、1941 年フランス最初の脳波研究室を設置し、1952 年、世界初の向精神薬クロプロマジンの臨床試験を実施し、脳定位手術も開始した。

1970 年以降、住民約 8 万人のケアを担当するセクターとなり、精神科救急、薬物依存治療、診療所、治療後ホーム、デイ・ナイトホスピタル、治療アパートが創られ治療の場と民衆が近づいた。(資料 3)。

#### 4-1 共通事例 1 への回答

○事例 1 概要：46 歳、女性、連絡可能な親族なし。45 歳時、夫が交通事

故で死亡後、遺族年金と生命保険を取り崩し暮らしていた。家にこもり通院不規則になり、不眠が続き、X 年、ゴミ収集所に捨てられた大型ゴミも家の中に持ち込みため込むようになった。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し、困り果てた隣人が市役所の環境担当課に相談した(資料 4)。

#### ○太田博昭先生

周りの許容度にもよる。ゴミ屋敷はフランスでもある。自称画家だが、絵は描かず、ごみだらけになって、やせて本人の様子がおかしいと近隣住民から相談があった。医学心理学センター CMP に隣人が相談したが、らちがあかなかった。第三者の申請による入院は考えられる。

○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師  
近隣住民が役所に連絡し役人が会う。受診歴があるなら診察に来よう手紙を書く。役所の P S W と訪問し、近所迷惑で入院の必要があると判断した場合、家族を探す。非自発入院が必要と判断するなら、役所職員、家人が相談し、家族が同意するなら、病院から行って連れてくる。急を要するなら警察介入で救急受診する。

#### 4-2 共通事例 2 への回答

○事例 2 概略：38 歳、男性、姉と姪と関係不良。33 歳、興奮をきたし、窃盗、暴行で逮捕された。その後、自宅に閉居し、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である。自宅で電話のコン

セントを抜く、窓に目張りをし、「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。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ると、本人は「ぶち込めばいいと思っているんだろうが！」「覚えてろよ！」と興奮した（資料5）。

○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師  
家族が、第三者として入院を申請しても、家族を守るために、国家代理人の申請による入院をとるべき。この事例は、他者への危険性がある。事例1では、自らへの即座の危機があるという判断が可能である。

## 5 入院費用

保健省によると、費用負担は、自由入院かどうかは無関係で、患者の臨床状態に応じて決定され、1年以上前から精神障害と診断されているなら、100%健康保険でカバーされる。ただし、毎日20ユーロの食事代等は自己負担である。障害が1年以内の場合と自殺企図の場合は、20%の自己負担があるが、相互扶助保険に入っていればカバーされる。

太田博昭先生によると、外国人などで無保険だと、1日900ユーロ10万円以上、10日で100万円もかかる。

## 6 家族について

面談(資料6)をもとにまとめる。日本では患者が迷惑をかけないように家族が面倒をみるべきとの考えが強いが、フランスでは、成人後親と同

居することは殆どなく、家族が面倒をみて治療を促進する規定もなく、家族の申請なしで非同意治療が可能なので、家族の負担は少ない。しかし、家族の治療参加は重要である。患者に何が起きているのかを家族と考えるツールを作り、家族が問題を避けることができるようになった。

## 7 精神衛生法の改正について

面談(資料6)をもとに、フランスの医療現場の感想をまとめる。改正で導入された非同意外来治療については成果を期待したい。患者の権利保護は裁判所の介入で進んだが、一か月に何通も診断書を作成するのは医師の負担が大きいし、裁判所との意思疎通が重要になった。即座の危険を理由とする入院が改正で導入されたが、第三者の申請不要で精神科以外の医師一人の判断で入院可能なので、乱用のリスクが懸念される。

## 8 フランスの精神医療全般について

面談(資料6)をもとにまとめる。日本では、すっかり治ってから退院してほしいと家族から言われ入院が長くなる傾向があるが、フランスでは、多様性に寛容なためか、入院期間約3週間程度の短期で地域にもどる。帰住先がない患者用の施設もある。フランスの精神病院は、生活の場ではなく治療の場である。

## D. 考察

日本は、家族の負担を考慮し、医

療保護入院に際し、保護者の同意を家族等の同意に置き換える精神保健福祉法改正をした。

フランスは、家族以外の第三者の申請による入院が可能であり、手続きの開始が総合病院や救急部など精神科以外でも可能であり、自由入院でも費用は原則 100%保険でカバーされるので、医療へのアクセスしやすさや経済的負担に関して、家族の負担は、フランスの方が日本より少ないと言える。家族の負担軽減を考える際に、フランスの制度は参考になると思われる。

フランスでは、非同意入院手続きに裁判所が関与し、精神障害者に限らずすべての患者について、信頼できる人を指名し、後見的役割を負わせており、権利擁護も充実している。日本では、精神医療審査会が非同意入院についてチェックしているが、裁判所と同等の独立した第三者機関であると言い切れるか、課題が残るかもしれない。

フランスの制度のメリットを強調したが、フランスの制度は手続きが煩雑で、現場の医師が書類作成に忙殺され診療に割く時間が減り、裁判官の数も多く必要であるなどの問題もある。また、医療の現場では、フランスでも医療へのアクセスは現実には課題が残るようだ。太田医師が示した自称画家の事例は、日本の保健所に相当すると考えられる医学心理学センターに住民が相談したが、医療に結びつかず不幸な転帰をたど

ったという。

WHOは、21世紀、世界規模で、もっともきがかかりな10の病理のうち5つ（統合失調症、双極性感情障害、嗜癖、うつ病、強迫性障害）は、精神医学に関係すると考えている。フランスの精神医療計画 2011-2015(Plan Psychiatrie et Sante 2011-2015)によると、精神障害は、死亡率を高め、自殺の主原因であり、ハンディキャップや重い能力低下を引き起こし、本人や近親者の生活の質の低下をもたらす。早期診断と治療は患者の権利であり、患者の尊厳にかかわる。誰でもどこでも平等に質の高い治療へアクセスできるようにするのが最優先の課題である。

## E. 結論

日本の家族は、経済的負担に加え、医療へのアクセスの負担を負っている。それと同時に、患者の権利擁護も求められる。フランスは、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患者の治療導入を認め、それを裁判所がチェックする仕組みにした。アクセスと権利擁護のバランスがよく学ぶ点がある。

## F. 健康危険情報 なし

## G. 論文発表 なし

## H. 知的財産権の出願・登録情報 なし

## 資料1 <共通調査項目>

- 1 法制度全体の概要
- 2 非自発入院病床数のカウントの仕方
  - 1) 精神科の病床数の対人口比 2) そのうち、非自発入院患者数はどの程度か。
  - 3) それには、どのような診断の人が入っているのか。
- 3 視察病院の概要 1) どのような人を対象としているか。
- 4 提示事例の場合、非自発入院形態で対応しているのかそれとも任意入院形態で対応しているのか。
  - 4-1 非自発入院形態で対応している場合
    - 1) その入院形態の内容はどのようなものか。
    - 2) その法的根拠は何か。また、入院の実体的要件はどのようなものか。
    - 3) 入院までの手続きについて、法律はどのように規定しているか。
      - A) 司法審査によるのかそれ以外なのか。それ以外だとしたらどのような機関で審査をするのか。
      - B) 誰が、どのような手続きで審査することが、法律上要求されているか。
    - 4) 実際にはどのような手順を踏んで非自発入院が決定されているか。また、そのきっかけを与えるのはどのような人か。
    - 5) 非自発入院形態によって入院している患者数はどの程度か。また入院患者数（病床数）に占めるこの場合の非自発入院形態の割合はどうか。この場合の平均在院日数はどの程度か。
    - 6) この場合の入院費用の出所は、どこか。
  - 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關与する人について
  - 1) これらの手續に、医者以外でどのような人が關与するか。
  - 2) 医者以外で關与する人は、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。

(1) Présenter le cas modèle et procéder à une enquête suivant le questionnaire ci-dessous.  
→ Concernant le cas modèle, voir le document ci-joint.

(2) Liste de questions communes

- (a) Enquête sur les aspects généraux du dispositif juridique dans son ensemble
- (b) Concernant le cas ci-dessus, la prise en charge se fait-elle par hospitalisation sans consentement ou par hospitalisation volontaire ?

(b)-1 Dans le cas d'une hospitalisation sans consentement

- 1) En quoi consiste l'hospitalisation sans consentement ?
- 2) Quels en sont les fondements juridiques ? Quelles sont les conditions en pratique pour une telle hospitalisation ?
- 3) Comment la loi définit-elle la procédure qui conduit à l'hospitalisation sans consentement ?
  - A) Y a-t-il une instruction judiciaire ou autre (si autre, par quelle instance) ?
  - B) La loi comporte-t-elle des prescriptions concernant qui procède à l'instruction du dossier et selon quelle procédure ?
- 4) Dans la pratique, quel est le déroulement d'une décision d'hospitalisation sans consentement ?  
(Le traitement du dossier un jour ouvrable le jour, la nuit ou un jour de congé. Le nombre de jours nécessaire au traitement du dossier. Note : l'enquête doit, dans la mesure du possible, se concentrer sur le traitement le plus courant d'un dossier au lieu de prendre en compte les cas exceptionnels ?)
- 5) Quel est le nombre de patients faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement ? Quelle part en nombre de patients hospitalisés (en nombre de lits) l'hospitalisation sans consentement représente-t-elle ? Quel est le nombre moyen de jours d'hospitalisation pour ces patients ?
- 6) Ce type d'hospitalisation relève-t-il d'une décision administrative ou d'un contrat ? S'il s'agit d'un contrat, quelles sont les parties à ce contrat, et quel est alors le statut juridique du patient hospitalisé ?
- 7) Dans ce cas de figure, qui prend en charge le coût de l'hospitalisation ?

(b)-2 Dans le cas d'une hospitalisation avec consentement

- 1) En quoi consiste l'hospitalisation avec consentement ?
- 2) Existe-t-il un dispositif restreignant la sortie de l'hôpital ? Si oui, quels en sont les fondements juridiques, les procédures (qui prend l'initiative), qui prend la décision, qui fait hospitaliser un patient et qui lève les restrictions ?
- 3) Une hospitalisation de ce type relève-t-elle d'un contrat ? S'il s'agit d'un contrat, quelles sont les parties à ce contrat, et quel est alors le statut juridique du patient hospitalisé ?
- 4) Dans ce cas de figure, qui prend en charge le coût de l'hospitalisation ?

- (c) Si le cas modèle ne donne pas lieu à une hospitalisation, comment est-il pris en charge ?
- (d) Après l'hospitalisation, quel type de dispositif existe-t-il pour garantir les droits en terme d'amélioration des conditions d'internement, de demande de sortie et de visites ?
- (e) Concernant la sortie de l'hôpital
  - Mener l'enquête en présentant des cas concrets.
    - 1) Quelle est la procédure suivie pour la sortie de l'hôpital ?
    - 2) Existe-t-il une procédure restreignant la sortie de l'hôpital ?
    - 3) Après la sortie de l'hôpital, vers quelles structures les patients sont-ils orientés ?
    - 4) Quels sont les principaux acteurs en charge de la réintégration sociale après la sortie de l'hôpital ?
- (f) Décompte des lits d'hôpitaux pour hospitalisation sans consentement
  - Actuellement, le Japon comptabilise les lits destinés aux hospitalisations sans consentement suivant une méthode différente de celle des autres pays, ce qui, selon certains observateurs, aboutit un nombre de lits notoirement plus important qu'ailleurs. Parallèlement à l'enquête ci-dessus, il sera nécessaire de vérifier le nombre réel de lits dévolus à l'hospitalisation sans consentement dans les autres pays.

資料 2

精神科治療の対象になる人の権利と保護およびケア態様に関する 2011 年 7 月 5 日法 Loi 2011-803

サンタンヌ病院第 13 病棟作成

<強制入院の種類>

- ① 第 3 者の申請による入院 ASDT の手続き (通常) 公衆衛生法 L. 3212-1 : 2 通の診断書 (1 通は医師 ext もう 1 通は精神科医 (int ou ext)) + 第 3 者の申請
- ② 第 3 者の申請による入院 ASDT 手続き (緊急) 公衆衛生法 L. 3212-3 : 1 通のみの医師診断書 (int ou ext) + 第 3 者の申請
- ③ 第 3 者の申請による入院 ASDT 即座の危機 = 第 3 者なしの緊急 公衆衛生法 L. 3212-1-2 : 1 通のみの医師診断書 (ext)
- ④ 国家代理人決定による入院 ASPRE の手続き 公衆衛生法 L. 3213-1 : 精神科医 (ext) 1 名の診断書 (人物の安全性/公共秩序を重大に損なう) に基づく国家代理人の決定
- ⑤ 国家代理人決定による入院-緊急 ASPRE-U の手続き 公衆衛生法 L. 3213-2 : 精神科医 (ext) 1 名の意見書に基づく国家代理人の決定 - L. 3213-1 に戻る
- ⑥ 第 3 者の申請による入院 ASDT → 国家代理人決定による入院 ASPRE L. 3213-6 : 医師 1 名 (int) の診断書または意見書, 意見書 - 国家代理人 → L3211-2-2 (24h と 72h)
- ⑦ 国家代理人決定による入院 ASPRE 公衆衛生法 L. 3213-7 (責任無能力/処遇困難病棟) : 診断書に基づく国家代理人決定

<最初から精神科入院>

<最初総合病院や救急部入院>

第一日目

**最初から精神科入院**

:精神科治療は日時を記した第一診断書で始まる。その 24 時間および 72 時間後に診断書が作成さ

**総合病院や救急病院 SAUt 等で受け入れ**

第一診断書は身体科医師でも作成できることを考慮する

24 時間後

精神科医 1 名 (int) の診断書  
完全な身体検査が医師またはインターンでなされる

患者が精神科に移送されない場合、  
24 時間診断書は、総合病院または救急病院等で作成される。

48 時間後

総合病院や救急病院 SAUt 等から精神科入院患者は、遅くとも 48 時間以内にサンタンヌに移送される。

72 時間

精神科医1名(int)の診  
断書

#### 72 時間診断書診断書作成医師

- ① 第三者の申請による入院 ASDT の手続き（通常） : 24hr 診断書医師と同じで可
- ② 第三者の申請による入院 ASDT 手続き（緊急） : 24hr 診断書医師と違う医師
- ③ 第三者の申請による入院 ASD（即座の危機） : 24hr 診断書医師と違う医師
- ④ 国家代理人決定による入院 ASPRE の手続き : 24hr 診断書医師と同じで可
- ⑤ 国家代理人決定による入院-緊急 ASPRE-U の手続き : 24hr 診断書医師と同じで可

72 時間診断書の結果の 3 つの可能性

A 強制治療の解除と自由入院継続

B 強制治療の維持

C 退院

6-8 日目

#### 8 日目診断書: 5日目から8日目に作成

精神科医 (int). 1 名の診断書: 管理者を通じて自由と拘留判事に対し患者の聴聞があるだろうことを知らせる(状況を詳述し強制入院の維持について正確に述べる)

#### 8 日目診断書診断書作成医師

- ⑥ 第三者の申請による入院 ASDT の手続き（通常） : 24hr/72hr 診断書医師と同じで可
- ⑦ 第三者の申請による入院 ASDT 手続き（緊急） : 24hr 診断書医師と同じで可
- ⑧ 第三者の申請による入院 ASD（即座の危機） : 24hr 診断書医師と同じで可

10-15 日（修正法実施後は 11 日） 自由と拘留裁判官 JLD による聴聞（完全入院者対象）

#### 付帯意見

2名(そのうち主治医 PEC は1名のみ)の精神科医(int)の署名入りの一通の意見書; 裁判官は12日目に入手必要.

自由と拘留裁判官 JLD による強制入院継続の決定は遅くとも15日目になさなくてはならない。そうでないと、強制は解除される。

患者が聴聞可能(≠ 移送可能)であることに触れなくてはならない。

10日以降 患者はいつでも自由と拘留裁判官に聴聞を要求できる

1か月目 強制入院者および非同意治療者

精神科医(int)1名の診断書、ついで毎月。  
患者が事前に要求した場合を除き、聴聞は6か月ごと

**注意**

国会代理人決定入院 ASPRE の毎月診断書は第一日の1か月後に書かれる  
第三者申請入院 ASDT の毎診断書は8日目診断書作成日の1か月後に書かれる

6か月目 強制入院者

**自由と拘留裁判官 JLD による聴聞**  
聴聞の8日前までに診断書作成

6か月目 :治療プログラム中患者は関係しない

1年目 強制入院者および非同意治療者

**患者に関する審査会 Le COLLEGE Patients oncernés :**

**第三者申請入院 ASDT について**

-強制入院が1年経過したとき

-第三者申請治療プログラム患者

国家代理決定入院について(修正されASDTと同じになる予定):

-過去10年間に処遇困難病棟 UMD への移送歴あり

-または、過去10年間に責任無能力歴あり

### 資料3

サンタンヌ病院 ホームページ

#### ○歴史

サンルーの妻プロバンスのマルゲリット館は、15世紀に、サンテとあだ名されたサニタ・サン・マルセルの「サンテ（健康）の館」になり、1650年ころ、オーストリアのアンが伝染病、特にペストの患者の居住目的で病院を建設しサンタンヌと命名した。この施設は、比較的近くにあるビセートルホスピスの収容者の働く農園になった。

1863年、ナポレオン3世はパリ・サンタンヌ農園の地に、精神病院を創設し、精神病の治療、研究、教育の場にしようと計画し、臨床避難所アジュールと名づけた。セヌ県知事オースマンが、この企画を担った。

1867年5月1日に最初の患者が入院した。サンタンヌは、精神病者を保護し、限られた手段しかなかったが病者を治療し、非常に重要で深化した医学研究を展開した。しかし、偏見が成果を覆い隠した。

1892年、歯科、外来診療（入所を減らす目的で無料）、外科治療病棟で、清潔区域と不潔区域の厳密な区画、入院病室、産科、放射線・細菌・生化学検査科をもつ病棟を開発した。

1922年に、エドワール ツールーズによって、精神科予防センターが開設され、最初の自由診療実施

1941年、フランスで最初の脳波研究室設置

1947年、幼児の生物-精神病理部門創設

**1952年、最初の向精神薬クロロプロマジンの臨床試験実施。**脳定位手術も開始。

1970年以降、精神科のセクター化がされ、院外診療所、治療後ホーム、デイホスピタル、ナイトホスピタル、治療アパートが創設され、治療の場と民衆が近づいた。

#### ○セクターって何？

パリ県は、他のフランス県と同様に、地理的ゾーンで分画されている。これらのゾーンはセクターと呼ばれ、居住者の人口に応じて、パリの区そのものであったり、さらに分割される。この分画は、人口でなされ（平均8万人）、多職種治療チームが住民のケアにあたる。したがって、地域住民に対する機能としてセクターの概念が意味をもつ。1985年7月25日および12月31日法により、セクターが導入された。

#### ○精神科部門組織

- ・セクター14：大学病院精神保健治療サービス
- ・脳精神障害大学病院クリニック
- ・セクター3：パリ5・6・14・15・16区担当
- ・セクター13：パリ14区担当
- ・セクター15：パリ15区救急一般25床・老人精神11床 Relai クリニック19床
- ・セクター16：パリ15区 Javel 地区 精神分析
- ・セクター18：16-24歳思春期
- ・矯正精神医療サービス SPMP
- ・嗜癖サービス（月から金）
- ・精神保健・対排除支援（精神科機動チーム・治療的アトリエ）
- ・保健省オリエンテーション受け入れセンター le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

(CPOA)：パリ全域を対象に指示している。

#### ○嗜癮サービス

(アヘン、たばこ、アルコール、大麻、コカイン、合成麻薬の嗜癮の専門の医学) ー心理学相談。相談は無料で匿名である。

- ・月から金で午前は予約なしで、午後は予約。

(活動)

- ・活動 個人・家族心理ケア。
- ・出張や代替療法の処方。
- ・座談グループ、患者や取り巻きについての情報。
- ・病院への技術的アクセス：生物学、神経画像、専門相談
- ・公共健康の教育 研究 専門鑑定の極
- ・生命線協会への専門的介入援助
- ・嗜癮サービスは、入院サービス、精神衛生ケアサービス、嗜癮サービス、自由医師、社会構造と共同作業をしている。

#### ○病院外組織

- ・医学心理センターLes centres médico-psychologiques・・・市中にあり日中の受け入れ：入院を必要としない相談、外来診療、予防、在宅医療
- ・部分時間治療受け入れセンターLes centres d'accueil thérapeutique à temps partiel・・・支持的またはグループ治療活動で自立をめざし維持。部分時間対応
- ・治療後ホームLes foyers de postcure・・・急性期後、ケア継続や自立の観点でリハビリ支援
- ・デイケアLes hôpitaux de jour・・・規則的ケアが必要だが、完全入院が不要な患者に関与

#### ○救急サービス

- ・受け入れとオリエンテーション精神科センター le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA)・・・健康省組織で、パリの3つのセクター全域を対象に方向指示する。
- ・危機受け入れセンターLes centres d'accueil et de crise・・・24時間開き、受け入れ、ケア、方向指示、緊急や長期入院不要な短期入所を可能にし、緊急支援をする。
- ・危機受け入れサービス Les services d'accueil et d'urgence・・・総合病院に埋め込まれ、住居のより近くで精神医学的危機ケアが可能。患者は、その状態に応じて、入院構造や入院外構造にオリエンテーションされる

#### 資料 4

<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い。
- ・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。

CAS 1 : Hospitalisation à répétition, schizophrène, vit seule, poursuite d'une hospitalisation sociale suite à des plaintes du voisinage

[ Situation du patient ] 46 ans, femme, pas d'antécédents. Aucun contact avec des proches.

[ Circonstances jusqu'à la consultation ]

- Enfant unique. Pas d'anomalie de développement pendant la période périnatale. Sans-emploi après le collège.

- X - 25 ans (21 ans) : S'enfuit avec son petit ami et coupe dès lors contact avec le foyer familial.

- X - 20 ans (26 ans) : Consultation à l'hôpital psychiatrique après s'être plainte à son mari que « quelqu'un la suivait ». Hospitalisation volontaire pendant 3 mois après un diagnostic de schizophrénie. Par la suite, ayant tendance à arrêter la prise de médicaments, elle répète 2 hospitalisations pour mise sous protection et soins médicaux ainsi que 5 hospitalisations volontaires.

- Le déclin de ses fonctions cognitives et de ses capacités dans la vie quotidienne devenant frappant, son mari en vient progressivement à s'occuper de la quasi-totalité des travaux ménagers.

- X - 1 an (45 ans) : Mort de son mari dans un accident de la route. Vit sur la pension pour le conjoint survivant ainsi que sur l'assurance vie de son mari. S'enferme progressivement chez elle, ne se rend plus à l'hôpital de manière régulière et subit des insomnies prolongées.

- An X : Amasse les déchets chez elle et ramène même de l'extérieur des déchets de grande dimension ayant été jetés à l'endroit de collecte des ordures. Petit à petit, les déchets s'amoncellent jusque devant chez elle dégageant une odeur insupportable et gênant les allers et venues.

Embarrassés, des voisins sont allés consulter le service chargé de l'environnement à la mairie et le responsable a visité son domicile.

[ Raison pour laquelle son hospitalisation a été indispensable ]

- À la visite du responsable de l'environnement, les déchets abondaient autant à l'intérieur du logement qu'à l'extérieur : c'était une « résidence à déchets ». La patiente ne faisait que répéter sur le pas de la porte que « tous ces objets étaient nécessaires » sans essayer d'établir de contact visuel avec celui-ci.

- Le responsable de l'environnement, jugeant que le comportement de la patiente était dû à un problème psychiatrique, consulta l'infirmier municipal de santé publique. Lorsque cet infirmier se rendit chez elle, elle se cachait au milieu des déchets malgré la puanteur.

- Par la suite, l'infirmier effectua plusieurs visites et comprit que la patiente avait un dossier médical en psychiatrie. Il accompagna la patiente pour une consultation à l'hôpital après l'avoir persuadé. Le psychiatre, désigné par la loi, lui proposa une hospitalisation, mais elle n'accepta pas en persistant à dire qu'il « était plus sûr de se cacher chez elle qu'à l'hôpital ».

- Le psychiatre jugea nécessaire une hospitalisation pour mise sous protection et soins médicaux avec l'accord du chef de la collectivité locale en considérant que (1) une aggravation de son état pathologique et un impact sur le plan de la gestion sanitaire suite à l'arrêt de la prise de médicaments étaient à craindre et que (2) l'augmentation des nuisances envers le voisinage dues à

ses délires suite à une aggravation de son état pathologique était à craindre.

[ Situation pendant l'hospitalisation ]

- Le mois suivant son hospitalisation, mis à part lors des repas, des besoins et de la toilette, elle parlait toute seule enveloppée dans son lit. Cependant, avec la régulation de sa prise de médicaments, son état mental s'améliora peu à peu. Grâce aux sollicitations des infirmiers et de l'ergothérapeute, ses activités et ses capacités dans la vie quotidienne s'améliorèrent, mais sa prise de conscience de sa maladie était toujours insuffisante.

- 6 mois après son hospitalisation, elle fut expulsée du logement qu'elle occupait auparavant. Or, d'après l'épisode qui précéda son hospitalisation, il semble difficile qu'elle puisse vivre seule et par ailleurs, aucun foyer n'est disposé à l'accueillir. Il en résulte que, malgré l'amélioration de son état pathologique, la poursuite d'une hospitalisation sociale semble être la seule solution..

## 資料 5

<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。

CAS 2 : Non traité, schizophrène, vit avec sa famille, les relations familiales mauvaises à la base se sont dégradées davantage avec l'hospitalisation

[ Situation du patient ] 38 ans, homme, pas d'antécédents. Mauvaises relations avec sa sœur et sa nièce lors de leurs venues.

[ Circonstances jusqu'à la consultation ]

- 2<sup>ème</sup> enfant d'une famille de deux enfants. Pas d'anomalie de développement pendant la période périnatale. Après le collège, a travaillé dans le transport en changeant souvent d'emploi. S'enferme dans sa chambre depuis X - 4 années. Non marié. Père décédé ; vit seul avec sa mère.
- X - 5 ans (33 ans) : Première consultation volontaire au service de psychiatrie de l'hôpital A suite à des insomnies occasionnelles et une humeur dépressive. Après un diagnostic de « dépression », de la paroxétine lui fut prescrite. Atteint d'un état d'excitation s'apparentant au syndrome d'activation, il fut arrêté puis condamné avec sursis pour vol et violence. Par la suite, il s'enferma chez lui et resta inactif. Il se comportait violemment verbalement et physiquement avec sa mère et sa colère était particulièrement marquée envers sa grande sœur et sa nièce. Des actes anormaux basés sur des délires de persécution furent constatés : il retira la prise téléphonique à son domicile, scella les fenêtres avec du papier bulle, planta de nombreux clous dans la porte de sa chambre, installa un grand nombre de caméras de surveillance en disant qu'il était « écouté » et « surveillé ».
- Sa grande sœur et sa nièce, inquiètes pour leur mère, se rendaient chez eux. Elles se mêlaient du problème et le grondaient. Le patient accumula un sentiment de colère de plus en plus grand envers elles. La mère était embarrassée par la discorde qui régnait entre eux.
- An X : Étant donné que son excitation montait à chaque fois que sa famille l'encourageait à aller se faire soigner dans un service psychiatrique, sa famille partit consulter le centre de santé publique. Cependant, elle ne put avoir recours au service de transport public pour la raison que la procédure était trop complexe. Le 10 mai de l'année X, la famille, en proie à des difficultés, fit appel à un service de transport d'urgence privé et envoya le patient se faire soigner dans un hôpital psychiatrique.

[ Raison pour laquelle son hospitalisation a été indispensable ]

- Pendant la consultation, il se remémora avec calme les événements jusqu'alors sans montrer trop de signes d'illusion ou de délire. La destination de sa colère se limitait à sa famille. Il nia la nécessité d'un traitement médical. Sa grande sœur et sa nièce, souhaitant fortement qu'il soit hospitalisé en service psychiatrique, rapportèrent son comportement menaçant et son instabilité psychique jusqu'alors. Face à la demande de sa sœur et de sa nièce, il s'excita brusquement et leva la main en criant : « Vous voulez me fourrez ici ! », « Vous allez le regretter ! ». Le psychiatre, désigné par la loi, qui le consultait établit un diagnostic de schizophrénie et conclut, vu son agressivité remarquable envers sa famille et sa difficulté à suivre un traitement externe de manière continue, à la nécessité de soins hospitaliers. Or, le patient n'étant pas d'accord pour être hospitalisé, une hospitalisation pour mise sous protection et soins médicaux fut décidée le jour même avec l'accord de sa mère qui l'accompagnait.

[ Situation pendant l'hospitalisation ]

• Le psychiatre craignait un comportement impulsif venant de son état d'excitation lors de sa consultation externe et décida après consultation de commencer par l'isoler. On commença à lui administrer 1,5 mg de rispéridone et on cessa l'isolement comme son état d'excitation se calma. Son adaptation au sein du pavillon était bonne et il ne donna pas de signe particulier de délire. Cependant, à chaque rencontre avec sa famille, il présentait un état d'excitation et leur lançait des objets en la criblant d'injures du type : « Vous m'avez hospitalisé sans me demander mon avis. Vous aimeriez bien que je fasse une overdose, c'est ça ! » Au début de l'hospitalisation, on pensait qu'un congé précoce serait possible. Cependant, les relations avec sa famille mauvaises à la base se compliquèrent davantage suite à son hospitalisation sans consentement et on pensa qu'un retour chez lui lors de sa sortie d'hôpital nécessitait une décision prudente et une mise au point avec la famille. Une formation psychologique fut donnée à la famille et après s'être assuré de la sûreté en l'envoyant dormir quelques nuits chez lui, le patient rentra chez lui le 6 juillet de la même année.

[ Situation actuelle ]

• Au jour d'aujourd'hui, en août de l'année X, le patient continue de se rendre à l'hôpital en traitement externe tout en vivant chez lui. Il continue d'être hostile et impulsif envers sa famille, qui vit tout en le craignant.

## 資料6 面談記録

### 家族について

面談をまとめる。日本では本人が迷惑をかけないよう家族がみるべきだという考えが強いが、仏では家族が面倒をみて治療を促進するという規定がない。仏では成人後も親と同居することはまずなく、家族のサインなしでの入院が可能なので、理論的には家族の負担は少なく、無理やり入院させて家族が恨まれるケースは日本ほど多くない。しかし、家族の治療参加は重要である。患者に何が起きているのかを家族と考えるツールを作り、家族が問題を避けることができるようになった。

#### ○太田博昭先生 日仏の家族

仏では家族が面倒をみて治療を促進するという規定がない。日本では本人が迷惑をかけないよう家族がみるべきだという考えが強い。仏は公立中心で民間病院管理者は非同意入院を命令できない。仏では、無理やり入院させて家族が恨まれるケースは日本ほど多くない。仏では成人後も親と同居することはまずない。

#### ○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師

入院申請へのサインを家族が拒否できる。家族のサインなしでの入院が可能なので、理論的には家族の負担は少ないといえる。しかし、家族が治療に無関心になる可能性はある。家族がサインし治療参加し感謝する。家族の治療参加は重要である。

#### ○保健省イザベル女史

フランスでも、家族の負担は同じ。家族とともに、統合失調症の診断スケールを作った。それで家族の理解が進んだ。それによって、患者に何が起きているのかを考えるツールも作った。家族が問題を避けることができるようになった。ツールで家族と患者の交流をはかった。

### 精神衛生法の改正について

#### ○太田博昭医師

精神衛生法は過去の改正で、収容→入院→精神科治療と用語をかえ、今回改正では、非同意治療でも入院になるとは限らず、デイケア等もある。非同意外来治療の中断時に患者を病院に連れに行くかは、セクターしだいだろう。精神障碍者の起こした事件が今回の精神衛生法改正のきっかけを作ったという論文があるのは知っているが、それだけで改正されたわけではないだろう。

#### ○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師

一か月に四通も診断書を作成するのは大変で患者を診察する時間がなくなる。自由と拘留裁判官の聴聞・決定が導入され、裁判所との意思疎通が重要になった。裁判官は今まで精神病など知らなかったが、知る必要がでてきた。一見落ち着いていても病気のことがある。例えばパラノイア。非同意外来治療には期待したい。患者の人権は改正でより尊重されている。

即座の危険 *peril imminent* を理由とする入院が改正で導入された。第三者の申請不要で、精神科以外の医師一人の判断で入院可能なので、乱用のリスクがある。乱用を防ぐには、何人もの医師の診断必要になる。

### フランスの精神医療全般について

#### ○太田博昭医師

精神科救急について、騒いでいて隣人等が警察を呼ぶと、警察病院や警察保健室を受診する。警察保健室では、精神鑑定も実施する。隣人等が近隣の病院に問い合わせれば、精神科救急受け入れ施設を紹介される。パリでは、サンタンヌにあるCPOA等4か所ある。配偶者は一緒にいるから、申請機会は多い。

外国人の場合、山伏のパフォーマンスをしていた日本人が精神異常と間違われて、県知事命令の入院になったことがあるが、何の精神障害もなかった。仏語がうまく話せない妻が、仏人夫のDVを受け、夫が妻を入院させようと、かかりつけ医の判断で即座の危機規定で入院したが、母国語で話すとの症状もなかった。

フランスの短期入院について、日本では、ちゃんと治ってから退院してほしいと家族から言われて長くなる。多様性に寛容なためか、フランスでは、早く地域にもどる。回転ドアはあるかもしれないが、それでも長期入院よりはいいかもしれない。もともとアパートに住んでいる人は追い出せないで、退院しやすい。

○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師

入院期間は、平均3週間。錯乱で入院し、翌日には解消しデイケアに移行する例や異常酩酊ですぐよくなる例もある。日中病院にいて、夜自宅にいる例や週に2日だけ病院というパターンなどを部分入院と呼ぶ。

○サンタンヌ病院 PSW

PSWの仕事は、住居がなかったり収入がない社会的弱者を含めて、このセクターで皆が医療を受けられるようにすることにある。健康保険の加入で医療を提供し、精神病患者の生活支援で家庭を安定させ就労をはかる。そのうえで、県の実施する社会支援を利用する。精神障害の認定は1年後に可能になる。それまでの間は、民間支援団体を利用しての住居確保もする。

○健康省イザベル女史

帰住先がないことで入院期間が変わることはあるが、少なくなっている。入院長期者がまれになっている。2005年から、精神障害のハンディがあり自宅退院が困難な人用の施設を作った。フランスでは、昔から精神障害者施設が多くあった。出生率の低下や障害者の社会参入が進み、住居の必要度が少なくなり、上記の施設に転換可能になった。フランスの精神病院は、生活の場ではなくて治療の場にした。

セクターと施設の関係だが、病院は医療であり、住居は医療社会扶助ソリダリティナショナルである。受け入れ施設は、県が金を出し、許可をしているが、運営は自立している。民間のことも、病院が運営している場合もある。医療と社会のニーズを満たす人が働いている。入院施設のPSWが施設PSWと連携する。付き添いサービスにより、自室でPSWやエデュカツールの関与を受ける。

研究報告

イギリスにおける精神保健福祉制度の調査・研究

五十嵐 禎人

千葉大学社会精神保健教育研究センター