

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）
分担研究報告書

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

イギリスにおける精神保健福祉制度の調査・研究
研究分担者 五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター教授

研究要旨

わが国の精神保健福祉法の医療保護入院制度の在り方を検討するための基礎的な資料を得るために、イギリス（イングランドとウェールズ）の精神保健法における民事手続きによる非自発的入院制度に関して、法制度ならびにその運用の実態について、文献調査ならびに聞き取り調査を行った。

イギリスの民事手続きによる非自発的入院である、評価のための入院（2 条）と治療のための入院（3 条）の対象とされる患者は、わが国の精神保健福祉法における措置入院とほぼ同様の患者である。非自発的入院の正当化の根拠は、2 人の医師による医学的診断と精神保健に関する専門知識を有する認定精神保健専門職（Approved mental health professional）による申請という 2 種類の専門家による判断にあること。家族がなることが想定されている「最も近い関係者」（Nearest relative）には、非自発的入院の申請を行う権限を『有するものの、実務上は、申請は専門家である認定精神保健専門職が行っており、その権限のほとんどは、必要に応じて非自発的入院に異議を申し立てる存在、すなわち、患者の権利擁護者としてのものである。

こうした専門家の判断に基づく非自発的入院と家族が純粋に患者の権利擁護者として機能しうるイギリスの非自発的入院制度の在り方は、わが国の医療保護入院制度の在り方やそこでの「家族等」の関与の仕方について、貴重な示唆を与えるものと考えられた。

研究協力者

柑本 美和（東海大学大学院実務法学研究科）

城下 裕二（北海道大学大学院法学研究科）

永田貴子（国立精神・神経医療研究センター病院、千葉大学社会精神保健教育研究センター）

山本輝之（成城大学法学部）

A. 研究目的

平成 25 年の精神保健福祉法改正により保護者制度は廃止された。しかし、医療保護入院の同意者として、従来の「保護者」の文言に代わって、「その家族等のうちいずれかの者」（「家族等」）という文言が挿入された。改正後の同法 33 条 2 項には、「家族等」の具体的な内容として、「前項の『家族等』とは、当該精神障害者の配偶者、親権を行う者、扶養義務者及び後見人又は保佐人をいう」と規定されている。つまり、改正法の「家族等」の指し示す具体的内容は、保護者になるべき順位が定められていない点をのぞけば、従来の「保護者」とまったく同一である。

改正法附則 8 条は、施行後 3 年を目途として、「医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方、医療保護入院者の退院による地域における生活への移行を促進するための措置の在り方並びに精神科病院に係る入院中の処遇、退院等に関する精神障害者の意思決定及び意思の表明についての支援の在り方について検討を加え、必要がある

と認めるときは、その結果に基づいて所要の措置を講ずるものとする」と規定している。諸外国における非自発的入院制度の在り方を検討することは、附則の規定する医療保護入院制度の見直しの基礎資料となるものと思われる。

1987 年の精神衛生法から精神保健法への改正にあたっては、精神医療審査会の設置など、当時のイギリスの 1983 年精神保健法（Mental Health Act 1983）を参考にして行われた部分も多い。また、イギリスの精神保健法による民事手続きの非自発的入院は、裁判所（司法）が関与しないという、わが国の精神保健福祉法の入院制度と類似している。これらの点を考えると、イギリスの精神保健法における非自発的入院制度やその運用は、わが国の医療保護入院の在り方を検討するうえでも参考となる点が多いと考えられる。

本研究の目的は、精神保健福祉法の医療保護入院制度の在り方を検討するための基礎的な資料を得るために、イギリスの精神保健法における民事手続きによる非自発的入院制度に関して、法制度

ならびにその運用の実態について調査することである。

B. 研究方法

イギリスの精神保健法の法制度や運用の実態に関して、文献調査ならびにイギリスの病院、警察、NGO組織を訪問し、聞き取り調査を行った。

訪問調査の対象と日程は、以下のとおりである。

2013年10月28日 Center for Mental Health Deputy DirectorのAndy Bell氏よりイギリスにおける非自発的入院の運用に関して聞き取り調査。

2013年10月29日 Chaffinch Ward, Monks Orchard House, Bethlem Royal Hospital

ConsultantのTim McInern医師よりイギリスにおける非自発的入院の運用ならびに触法精神障害者の社会復帰に関する聞き取り調査。

2013年10月29日 London Metropolitan Police
イギリスにおける非自発的に入院に関する警察官の関与に関する聞き取り調査。

2013年11月1日 Prison Reform Trust

Ms. Jenny Talbot氏よりイギリスの刑務所における知的障害者や自閉症スペクトラム障害患者の処遇に関する聞き取り調査。

(倫理面への配慮)

本研究は、個人情報直接扱うものではなく、個人情報の扱いに関する倫理面の問題は生じない。

C. 研究結果

(1) イギリスの精神保健法の歴史

イギリスは、正式にはグレート・ブリテン及び北部アイルランド連合王国と呼ばれ、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北部アイルランドの4つの国から構成されている。このうちイングランドとウェールズは、歴史的に比較的早い時期に統合されたこともあって、制定法や刑事司法制度、医療や福祉の供給についてはほぼ同一の体制で行われている。以下の本稿では、イギリスとは、イングランド及びウェールズを指すこととする。今日のイギリスの精神保健法(Mental Health Act)の起源は、1959年精神保健法(MHA 1959、以下MHA59)である。MHA59は、1845年法以来、精神科医療に徹底したリーガリズムを採用してきたイギリスにおいて、リーガリズムからメディカリズムへの方針転換を明確に宣言した立法であり、当時としてはきわめて革新的かつ包括的な精神保健立法であった。

1960年代にアメリカで始まった人権擁護運動のなかで、精神障害者の人権擁護のよりいっそうの充実が必要とされるようになったが、当時のイギリスでは、病院や地域医療システムの不備により精神科医療をめぐるいくつかの大きなスキャンダルが生じていた。また、刑務所や特殊病院の慢性

的な過剰収容の状況が問題となり、危険な精神障害者の処遇についても再検討が必要とされていた。こうした状況のもとで、1975年、政府はMHA59を再検討することを正式に決定し、MHA59の改正作業が開始された。その後、政権交代やヨーロッパ人権裁判所の判決などもあり、最終的には1982年10月Mental Health (Amendment) Act 1982が成立し、1983年MHA59とMental Health (Amendment) Act 1982とを統合してMental Health Act 1983(以下、MHA83)が制定された。

1998年、ヨーロッパ人権規約の国内法化を図る1998年人権法(Human Rights Act 1998)が成立した。同年、イギリス政府は21世紀に向けてMHA83の見直しを進めることを発表した。これは、MHA83の規定の一部に、人権法との整合性がとれない部分があることと、人格障害を伴う危険な人々をMHAの規定に基づいて精神科病院に収容させないという抜け道“loopholes”に対する懸念が表明されてきたことを理由とするものであった。その後、種々の議論を経て、最終的に政府はMHA83の抜本的改正を断念し、精神保健法の部分的改正を行うことを決定した。こうした経緯を経て制定されたのが、2007年精神保健法(Mental Health Act 2007)であり、イギリスの現行の精神保健法は、2007年精神保健法によって改正されたMHA83である。

以下、改正前のMHA83との比較も考慮しつつ、現行の精神保健法における民事手続きによる非自発的入院制度の概要を述べる。

(2) 精神障害の定義(1条)

改正前の精神保健法では、精神障害は、①精神病(mental illness)、②精神病質(psychopathic disorder)、③精神発達不全(mental impairment)、④重度精神発達不全(severe mental impairment)、⑤その他の精神障害(any other disorder or disability of mind)、に分類されていた。

精神病についてはこれ以上の定義はなかった。精神病質については、「継続的な精神の障害または機能の不全(知能の障害の有無は問わない)でそのために異常に攻撃的であったり、きわめて無責任であったりするもの」と定義されていた。精神発達不全については「知能や社会生活機能の発達障害を含む精神の発達不全で、異常に攻撃的であったり、きわめて無責任な所行をなすもの」と定義されていた。なお、③④の違いは程度の差であるが、IQでいくつ以下が「重度」という形の区別ではなかった。

これらの精神障害のうち、精神病と重度精神発達不全の場合にはすべて非自発的精神科治療の対象となるが、精神病質と精神発達不全の場合には非自発的治療の対象となるのは治療適合性(treatability)がある場合、すなわち、治療によって病状を軽減したり、あるいは病状の悪化が防止で

きると判断される場合に限られていた。また、性的偏倚 (immoral conduct and sexual deviancy) や薬物・アルコールの依存 (dependence on alcohol or drugs) は、精神保健法の定義する精神障害の対象ではないことが明記されていた。

現行法では、こうした精神障害の分類は廃止され、精神障害は、精神のあらゆる疾患と障害 (any disorder or disability of the mind) と定義されることとなった。ただし、知的障害 (learning disability) については、それだけでは非自発的入院の対象とはされないこと (1 条 2A 項) が明記されている。なお、ここでいう知的障害は、「重篤な知能や社会機能の障害を含む、精神の発達不全」

(a state of arrested or incomplete development of the mind which includes significant impairment of intelligence and social functioning) と定義されている。また、性的偏倚を除外する規定はなくなり性犯罪者等に対する非自発的入院が可能とされたが、薬物・アルコールの依存を除外する規定は、引き続き維持されている。

(3) 非自発的入院に関与する専門職

非自発的入院に関与する医師の資格として、精神保健法認定医 (Approved Doctor) がある。精神保健法認定医とは、精神保健法 12 条に基づいて保健大臣が、精神障害の診断と治療に関し専門的な経験を有すると認めた医師のことである。任期は 5 年で、更新可能である。

以前の認定ソーシャルワーカー (Approved Social Worker) の制度に代わって認定精神保健専門職 (Approved mental health professional : 以下、AMHP) の制度が導入された (114 条)。AMHP は、地方社会福祉当局 (local social services authority) が精神障害に罹患した人の対処に適切な能力を有すると認定した精神保健専門職である。従来のソーシャルワーカーに加えて、精神保健や知的障害の分野での実務経験のある看護師 (first level nurses)、OT (occupational therapists)、心理士 (chartered psychologists) ができる。ただし、聞き取り調査の結果によれば、現時点では、大部分はソーシャルワーカーで占められている。任期は 5 年で、更新可能である。なお、医師は、かりにソーシャルワーカーの資格を所持していても AMHP になることはできない。

実際の患者の治療に関しては、認定臨床家 (Approved Clinician : 以下、AC) の制度がある。AC は、非自発的な治療を受けている精神障害者の治療の責任を負うに足るだけの能力を有していると保健大臣が認定した保健専門職である (注 : イギリスには Guardianship Order や Community Treatment Order があり、非自発的な治療義務のあるのは入院中の患者だけではない)。また、非自発的な治療を受けている患者の治療の全責任を負

う臨床家を、責任臨床家 (Responsible Clinician : RC) と呼ぶ (34 条)。従来は、いずれもコンサルタントレベルの医師が担ってきた役割であるが、現行法では、医師以外に、看護師、OT、心理士、ソーシャルワーカーでもこれらの役割を果たすことができる。

なお、これらの資格の認定に関しては、それぞれ認定に必要な経験、基準があり、それらを満たすものが規定のトレーニングを受けることによって、資格の認定を受けられる。

(4) 非自発的入院に関与する家族等 (26 条)

非自発的入院に関与する家族等として、26 条に最も近い関係者 (Nearest relative : 以下、NR) の制度が規定されている。NR は、血縁関係で決められる最近親 (next of kin) とは別の制度である。

NR は、基本的には、わが国の廃止された保護者制度と同様に、家族法上の位置によって選任されるが、法的共同生活 (civil partnership) や内縁や 6 ヶ月以上同居している人が優先的に選任されるなど、実際に患者の生活やケアに関係する人が優先される仕組みになっている。なお、NR の権限は、書面によって他の人に委任することができる。また、NR がいない患者については、AMHP は患者に州裁判所 (county court) に NR として働く人を指名するように請求する権利があることを告知する。

(5) 精神保健法の入院形態

精神保健法の入院形態は、大別して、法外入院 (informal admission) と呼ばれる精神保健法に基づかない入院、民事手続による非自発的入院 (civil section)、犯罪に当たる行為を行った精神障害者に関する入院 (criminal section) の 3 種類がある。

1) 法外入院

法外入院とは、「informal」という名称が示すように、法に規定された公式の (formal) 入院ではなく、身体疾患による一般病院への入院と同一の入院形式である。精神保健法には、「この法律のいかなる条文も、精神障害の治療を要請する患者を、この法律に基づいて拘留するための申請・命令・指示なしに、病院、registered establishment へ入院・入所させることを妨げるものとして、解釈してはならない。」(131 条 1 項、一部省略) と規定されているのみである。なお、従来は、法外入院は自発意思に基づく (voluntary) 入院ではないので、患者が入院に同意するという意思表示をせずとも、入院に異議をとらなければ法外入院させることが可能であると解釈されていたが、Bournewood 事件を契機として、同意能力のある本人の同意による入院であるべきことが明確にされた。また、同意能力がないが、明示の拒否もし

ない患者については、成年後見法である 2005 年意思決定能力法 (Mental Capacity Act 2005) に規定されるセーフガードの対象とされることとなった。

2) 民事手続きによる非自発的入院

イギリスで通常時に使用される民事手続による非自発的入院には評価のための入院 (admission for assessment : 2 条) と治療のための入院 (admission for treatment : 3 条) の 2 種類がある。

a) 評価のための入院

対象となる患者は、①少なくとも一定の期間、評価 (あるいは医学的治療後の評価) のために、患者を非自発的入院させることを保障する性質 (nature) や程度 (degree) の精神障害に罹患していること、②患者自身の健康や安全という利益あるいは他の人の保護のために非自発的入院が必要であること、の 2 つの要件を見たいしている必要がある (2 条 2 項)。すなわち、精神障害の存在と自傷他害の防止という目的のために非自発的入院が必要な場合に、評価のための入院の対象となる。評価のための入院は、精神科診断だけではなく、どのような治療が適切であるかについての評価も含む入院であり、わが国に以前あった仮入院とは異なり、非自発的な精神科治療を行うことも可能とされており、精神保健法第 4 部「治療に対する同意」(Part IV Consent to Treatment) に規定される治療同意に関する種々のセーフガードの対象とされている。期間は 28 日以内であり、更新は不可能である。ただし、期間内であればいつでも治療のための入院へ移行可能となっている。評価のための入院は、通常、初回の入院に使用される。

b) 治療のための入院

対象となる患者は、①病院で医学的治療を受けることが適切な性質と程度の精神障害に罹患していること、②患者自身の健康や安全あるいは他の人の保護のために、治療を受ける必要があり、本条の規定により非自発的入院させられなければ、そのような治療を受けることができないこと、③適切な医学的治療 (appropriate medical treatment) があること、の 3 つの要件を満たしている者である (3 条 2 項)。

③の適切な医学的治療とは、患者の精神障害の性質や程度、その他すべての環境を考慮して、その患者にとって適切な医学的治療であるとされている (3 条 4 項)。かつての治療適合性基準 (treatability test) は、精神病質、精神発達不全の 2 種類の精神障害にのみ要求されていたが、現行の適切な治療基準 (appropriate treatment test) はすべての精神障害に関して適用される。つまり、治療適合性基準は廃止されたものの、医学的治療がない精神障害については、適切な治療基準により、非自発的入院の対象とされないことになるの

である。

なお、医学的治療については、145 条 1C 条に規定がある。従来は、医師のスーパーヴィジョンのもとに行われる看護 (nursing)、ケア (care)、社会適応訓練 (habilitation)、リハビリテーション (rehabilitation) とされていた。しかし、現行法では、医師のスーパーヴィジョンという文言がはずれ、看護、心理的介入 (psychological intervention)、精神保健専門職による社会適応訓練、リハビリテーション (specialist mental health habilitation, rehabilitation)、ケアとされている。また、145 条 4 項は、医学的治療を、「精神障害に関して、精神障害そのもの、あるいは 1 つあるいはそれ以上の精神障害の症状や徴候を、軽減したり、あるいはその悪化が防止できるもの」と定義している。これらの定義は、実質的に治療による患者の利益を保障する内容といえ、適切な治療基準は、実質的には、治療適合性基準と同様の意義を有しているものと思われる。

治療のための入院の期間は 6 か月 (20 条 1 項) であるが、更新が可能であり、最初は 6 か月、以後は 1 年ごとに更新される (20 条 2 項)。なお、更新に関する書類は、RC 単独では作成できず、当該患者の医学的治療に関与する専門職であり、かつ、RC と同じ職種ではない専門職が入院の更新が必要であることに同意していることが必要とされている (20 条 5 項)。

c) 評価のための入院と治療のための入院の手続

入院手続きに関しては、評価のための入院と治療のための入院ともに同一である。

NR ないしは AMHP が入院の申請を行うことができる (11 条 1 項)。申請書は病院管理者に提出される (11 条 2 項)。AMHP が申請者となる場合には、可能なかぎり NR や NR になり得る人に対して、入院の申請書を提出するしないはされたこと、ならびに NR が持っている権限について告知する必要がある (11 条 3 項)。なお、NR が入院に反対の意思を AMHP に表明している場合や AMHP が NR になり得る人と相談できない場合には、AMHP は、治療のための入院の申請を行わないこともできる (11 条 4 項)。申請者は、申請前 14 日間に必ず患者本人と直接面接していなければならない (11 条 5 項)。

精神保健法の行動規範 (Code of Practice) によれば、① AMHP は専門の研修を受けており法や地域資源に関する知識があること、② NR による申請は、患者と NR の関係に悪影響を及ぼす可能性があることから、AMHP が申請者になることが推奨されている。また NR に申請について直接相談された場合、医師は、申請は AMHP に依頼するよう助言すべきであり、AMHP を入院手続きに関与させることを避けるために、NR に申請者となることを勧めることは決して行ってはならな

いとされている。

AMHP は、申請を行うにあたり、患者本人に面接し、患者が法の規定する非自発的入院の基準を満たしていること、患者の諸事情を考慮すると、非自発的入院が、患者の必要とするケアや医学的治療を提供するための最も適切な手段であることを確認しなければならない(13条2項)。また、AMHP は、患者のNRを特定し、可能であればNRに非自発的入院の申請を行うこと、NRが持つ患者の退院に関する権限について、通知する。申請書は病院管理者に提出される。

提出された非自発的入院の申請書には、2人の医師の診察に基づいて作成される診断書(**medical recommendations**)が添付される。診断書は、患者が非自発的入院の要件を満たしていることを確認するための書類で、法定の書式(**Form**)に記載される。2人の医師は、それぞれ独立した立場で患者を診察し、患者が法に規定された非自発的入院の要件を満たしているかどうかについて判断する。2人の医師のうちの1人は精神保健法認定医である必要がある(12条2項)。診察の結果、2人の医師が精神障害のために非自発的入院が必要であるという判断で一致した場合に非自発的入院が決定される。2人の医師の診察は同時に行っても個別に行っても構わないが、2人の診察は5日以上の間隔が空いてはならない(12条1項)。また2人の医師のうち1人は以前から患者を診察していることが望ましいとされている(12条2項)。

医師の診断書の有効期限は、最終診察から14日以内(6条1項(a))であり、その間に患者を病院へ受診させる必要がある。

d) 退院手続

23条2項(a)によれば、評価のための入院、治療のための入院ともに、患者を退院させる権限を持つのは、RC、病院管理者、NRである。ただし、NRが退院させるためには、25条1項の規定により、72時間以上前に、書面で病院管理者に退院させる旨の通告をする必要がある。また、通告後、72時間以内にRCが退院すると自傷や他害の可能性があると報告書を管理者に提出した場合には、NRによる退院の通告は無効となり、以後、医師の報告の日付から6か月間は、NRは退院させることはできない。なお、治療のための入院の場合には、RCによる前記の報告書が提出された場合には、病院管理者は、そのことをNRに通知しなければならない(25条2項)。

患者は、精神保健審判所(**Mental Health Review Tribunal** : 以下、MHRT) に対して退院請求を行うことができる。評価のための入院では、MHRTへ退院請求を行うことができるのは、入院当初の14日間(66条2項(a))で、MHRTは受理後7日以内に審判を開催することとされている。ただし、評価のための入院は28日間で終了するので、

退院請求に現実的な意味はあまりない。治療のための入院の場合は、6か月ごとに1回退院請求の申請を行うことが可能(66条2項(b))であり、審判は申請後4〜8週で開催される。また、病院管理者は、最初の6ヶ月間にMHRTに申請のない患者、更新後3年間(16歳以下では1年)申請のない患者については、MHRTに照会する義務がある。なお、NRが患者を退院させようと思ったにもかかわらず、RCの医学的報告書が提出されたために退院が許可されなかった場合には、NRも退院請求を行うことができる(66条1項(g))。この場合は、NRが医学的報告書の提出を通知されてから28日間以内に退院請求を行わなければならない。

3) 救急時に使用される非自発的入院

a) 緊急時の評価のための入院

緊急時の評価のための入院(**Admission for assessment in cases of emergency** : 4条)は、患者を緊急に入院させなければならず、通常、非自発的入院手続をとる余裕がない場合に使用される入院形態であり、1人の医師の診断のみで、72時間を限度として非自発的入院をさせることが可能である。1人の医師については精神保健法認定医のような特別の資格は必要とされておらず、一般家庭医(**general practitioner**)でもよいとされている。24時間以内に患者に面接したAMHPあるいはNRの申請に基づく。通常は、評価のための入院(2条)の2人目の医師の診断を待っていると望ましくない遅延(**undesirable delay**)がおこると判断された場合に4条の申請が行われる。この場合の緊急とは、患者の精神状態のために、自己ないし他者の精神や身体に危害を及ぼす危険性が高いとき、財産物に対する重大な損害を及ぼす危険性が高いとき、あるいは患者の身体を拘束する必要性があるときとされる。この入院形態は評価のための入院に必要とされる2人の医師の診察を行う時間的余裕がない場合に取られる入院形態である。通常は、入院後速やかに2人目の医師の診断が行われ、2人目の医師が非自発的入院の要件を満たすと判断すると評価のための入院に移行する(ただし2人の医師のどちらかは認定医でなければならない)。なお、短期間の入院であり治療同意に関するセーフガードの対象外とされている。

b) 警察官の精神障害者を安全な場所へ移送する権限(**The police power to remove to a place of safety** : 136条)

警察官は、公共の場(**public place**)で介護や管理が必要と思われる精神障害者を発見した場合には、その精神障害者を安全な場所(**place of safety**)に移送する権限をもち、医師ならびにAMHPによる非自発的入院の必要性についての評価を受けさせるために72時間を限度として精神障害者を安全な場所に拘束することができる。ここでいう安全な場

所には精神科病院が含まれており、多くの場合、専用の病床（special s136 suite）で対応される。なお、安全な場所には警察署も含まれており精神科病院など適切な収容場所がない場合には最終手段（last resort）として警察の留置場が使用されることもある。しかし、警察は、精神状態に問題がある人を留置場に収容することは危険だと考えているので、現在は、安全な場所として可能な限り、留置場は使わないようにしているとのことであった。

4)患者本人と直接接​​触できない場合の対応

精神障害に罹患した患者が、その精神症状のために自宅に引きこもり、地域精神保健関係者の接​​触を拒む事例はわが国でも地域における困難事例としてわが国でも問題になる。イギリスでは、そうした事例に対応するさいに使用されるのが、135条（Sec 135 Warrant to search for and remove patients）である。AMHP の申請により、治安判事は、精神障害に罹患していると思われる者が、「虐待されている、ネグレクトされている、適切に監督されていない、自分自身のケアができない状態で、一人で居住している、と疑う相当な理由がある場合」、警察官に、その者がいると思われる敷地に立入り（必要であれば強制力の行使も可能）、安全な場所(place of safety)へ移送する権限を与える令状を発することができる。（135条1項）本条は、精神障害が疑われる者のアセスメントを行うことを前提とした立入り（土地と建物の双方）のための規定である。

本条による安全な場所への収容は、72時間が限度である（135条3項）。令状の執行の際には、警察官は、AMHP と医師(a registered medical practitioner)に同行してもらわなければならない（135条4項）。

個人宅への勝手な立ち入りは、不法侵入(trespass)になりうるので、治安判事の発する令状が必要であり、医師も AMHP も、患者の家へ入るためには、令状を持った警察と一緒に行かなければならない。ここでの警察の役割は、医師および AMHP を患者の家の中に入れることである。135条を使う際には、事前に関係者間で調整が行われているため、安全な場所は、通常、病院となる。なお、さらなる評価を行うために患者を病院に連れていかなければならないと医師と AMHP が判断したときには、パトカーは使わず、救急車で搬送する。ただし、緊急事態の場合には、警察は自身の判断でパトカーを移送に使うこともあるとのことであった。

D. 考察

イギリスの精神保健法の民事手続きによる非自

発的入院制度について、わが国の非自発的入院制度との比較を念頭に、いくつかの論点に分けて考察する。

1) 非自発的入院の対象者について

イギリスで通常利用される民事手続きによる非自発的入院は、28日間限定の評価のための入院（2条）と当初6か月、その後、必要に応じて更新することが可能な治療のための入院（3条）の2種類である。評価のための入院の要件は、精神障害の存在と自傷他害の防止であり、治療のための入院では、これに適切な医学的治療が存在していることが加わる。自傷他害の防止という目的は、わが国の措置入院の要件とされる「自傷他害のおそれ」とほぼ同様の概念であり、これらの入院形態が対象とする患者は、わが国の医療保護入院の対象とは異なっている。イギリスの精神保健法の非自発的入院に関しては、わが国の措置入院と同様に、公的な性格を有した入院形態と考えられており、私人間の診療契約に基づくとされる医療保護入院とは異なる性格がある。こうした非自発的入院の対象者の性格の相違については、医療保護入院制度の在り方を検討するさいには、注意を払う必要がある。

2) 非自発的入院の根拠

精神保健法による非自発的入院は、NR または AMHP の申請と2人の医師による医学的診断によって行われる。NR による申請は、法に規定はされているものの、行動規範でも述べられているように、できるだけ避けるべきこととされており、申請者は実質的には、AMHP である。つまり、非自発的入院の必要性については、医師という医学の専門家による判断と医師以外の専門家である AMHP による判断という2種類の異なる専門家による判断が、非自発的入院を正当化する根拠をなしているといえる。ソーシャルワーカーの資格を有していても医師は、AMHP にはなれないということが象徴するように、AMHP による判断は、医学以外の専門知識に基づいて行われる必要があり、そうであるからこそ、医師の専断に対するセーフガードとしての役割が期待できることになる。

わが国の医療保護入院制度で、精神保健指定医の診察以外に保護者や「家族等」の同意を要件としていることも、医師の判断のみで非自発的入院が行われないためのセーフガードとしての機能が期待されているからと考えることもできよう。また、医療保護入院の救急版にあたる応急入院において、精神科病院の職員以外の「医療及び保護の依頼を行う者」による診察の依頼が要件とされているのも、同様の趣旨と考えられよう。しかし、わが国の保護者や「家族等」は、精神保健に関する専門家ではなく、医師の専断を防ぐためのセー

フガードとしては適切な存在ではなかった。

AMHP という医師ではない専門職による判断を、非自発的入院の根拠におく、イギリスの精神保健法の仕組みは、注目すべきものと思われる。

3) NR について

NR の制度は、わが国の以前の保護者制度に比べれば、より柔軟なかつ患者のケアにかかわる人が選ばれる制度にはなっているが、基本的には、家族法上の位置づけに基づいて患者の家族が選任される制度となっている。つまり、NR は、わが国の精神保健福祉法が想定する「家族等」とほぼ同様の位置づけといえよう。しかし、わが国の「家族等」と NR の間には大きな相違がある。イギリスにおいては、医師の判断だけでは非自発的入院は発動できず、NR ないしは AMHP による申請が必要である。医師以外の判断が必要であるという点は、「家族等」の同意なしでは発動できないわが国の医療保護入院と似ているところもある。しかし、これまで述べてきたように、非自発的入院の申請に関しては、条文上は、NR にも権限はあるものの、実務上は、ほとんど AMHP という専門職が行っている。つまり、非自発的入院を申請する権限は NR の機能としてはあまり重視されるべきものではない。

非自発的入院の申請以外の NR の権限をみると、①AMHP から入院の申請に関して通知を受け、治療のための入院に関しては反対の意を表明することができること、②患者を退院させる権限を有していること、③ただし、RC の医学的報告書によって NR の退院させる権限は制約されること、④退院させる権限が制約された場合には、NR は MHRT に退院請求を行えること、などである。これらの権限をみると、NR は、非自発的入院が不適切と思われる場合には異議を申し立てることができる存在として位置づけることができよう。すなわち、NR の機能は、非自発的入院の対象となる患者の権利を擁護することにあるといえよう。

精神障害者の治療やケアに、患者にとって一番身近な存在である家族が一定の役割を果たすことが期待されるのは、わが国に限らずイギリスにおいても同様である。しかし、精神障害に関する知識に乏しい家族に、精神障害者の治療やケアに関する責任を負わせることは明らかに適切ではない。患者の権利擁護者としての位置づけが明確にされている NR の機能は、わが国における「家族等」の機能を考えるうえでも貴重な示唆を与えるものといえよう。

E. 結論

イギリスの精神保健法における非自発的入院制度について、文献調査ならびに聞き取り調査を行

った。

医師と医師以外の精神保健専門家の判断によって非自発的入院が正当化されていること、ならびに、家族が患者の権利擁護者として機能することを可能とする NR の制度は、わが国の医療保護入院の在り方を考えるうえでも貴重な示唆を与えるものと思われた。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

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

なし

謝辞

今回の訪問調査にあたり仲介の労をお取りいただいた厚生労働省、在日英国大使館、Professor Tom Fahy (Institute of Psychiatry) に感謝いたします。

イギリスの非自発的入院

千葉大学
社会精神保健教育研究センター
五十嵐 禎人

イギリスの精神保健法規

- Mental Health Act 1959
- Mental Health Act 1983
- Mental Health Act 2007

- Mental Capacity Act 2005

精神障害の定義

精神障害の定義(MHA1983)

- ① 精神病(mental illness)
 - ② 精神病質(psychopathic disorder)
 - ③ 精神発達不全(mental impairment)
 - ④ 重度精神発達不全(severe mental impairment)
 - ⑤ その他の精神障害(any other disorder or disability of mind)
- ②、③に関しては abnormally aggressive or seriously irresponsible conductがある場合のみ

精神障害の定義(MHA2007)

- “mental disorder” means any disorder or disability of the mind
- “abnormally aggressive or seriously irresponsible conduct” ⇒ LDのみ
- immoral conduct and sexual deviancy の
削除⇒性犯罪者の入院が可能
- dependence on alcohol or drugsの除外は
維持

家族などの関与

Nearest relative (NR)

- NR 権限
 - 治療のための入院への拒否
 - 評価のための入院、治療のための入院に関し退院請求
 - 精神保健審判所 (MHRT) への申立て権
- 選任の基準
 - 基本的にはわが国同様家族法上の順位に従うが、正式の婚姻以外の **civil partnership**、内縁や6ヶ月以上同居している人の方が優先される
- **Displacement** (解任)
 - 患者にNRを選ぶ権利はないが、county courtに解任請求が可能
- 退院させる権限をもつ

関与する専門職

Approved mental health professional

- “Approved mental health professional” (AMHP: s114)
 - (a) in relation to acting on behalf of a local social services authority whose area is in England, a person approved under subsection (1) above by any local social services authority whose area is in England,
- 従来のApproved Social Workerと異なり、幅広い職種がなれる。入院先の病院所属の人でも可能

Approved mental health professional

- registered social workers
- first level nurses whose field of practice is mental health or learning disabilities
- registered occupational therapists
- chartered psychologists
- 医師はSWの資格があってもなれない

Responsible Clinician/Approved Clinician

- “Responsible clinician” 治療の全責任を負う臨床家 (Sec34)
 - (a) in relation to a patient liable to be detained by virtue of an application for admission for assessment or an application for admission for treatment, or a community patient, the approved clinician with overall responsibility for the patient's case;
 - (b) in relation to a patient subject to guardianship, the approved clinician authorised by the responsible local social services authority to act (either generally or in any particular case or for any particular purpose) as the responsible clinician
- “Approved clinician” 認定臨床家 (Sec145)
 - ... a person approved by the Secretary of State (in relation to England) or by the Welsh Ministers (in relation to Wales) to act as an approved clinician for the purposes of this Act
- 従来のResponsible Medical OfficerやApproved Doctorと異なり医師でなくともよい

入院の種類

- Informal
- Formal
 - Civil
 - Criminal
 - Unrestricted
 - Restricted

Responsible Clinician/Approved Clinician

- 医師 registered medical practitioners (doctors)
- 心理士 chartered psychologists
- 看護師 first level nurses whose field of practice is mental health or learning disabilities
- 作業療法士 registered occupational therapists
- ソーシャルワーカー registered social workers.

Civil (unrestricted)

- s2 - admission for assessment
- s3 - admission for treatment
- s4 - emergency admission for assessment
- s5(2) - doctors' holding power
- s5(4) - nurses' holding power
- s136 - mentally disordered persons found in public places

informal admission

- s131 - informal admission
- 法に規定された公式の (formal) 入院ではなく、身体疾患による一般病院への入院と同一の入院形式
- Bournemouth 事件を契機として
 1. 同意能力があり、本人の同意によって入院する患者 (voluntary patient)
 2. 同意能力なく、明示の拒否もしない患者
⇒ Deprivation of Liberty Safeguards
Mental Capacity Act 2005

Sec 2

Admission for assessment

評価のための入院

入院基準

- "(a) he is suffering from **mental disorder** of a nature or degree which warrants the detention of the patient in a hospital for assessment (or for assessment followed by medical treatment) for at least a limited period; and
- (b) he ought to be so detained in the interests of **his own health or safety or with a view to the protection of other persons.**" (s2(2))
- 精神障害の存在
- 評価(付随する医学的治療を含む)のために強制入院が必要
- 自らの健康や安全あるいは他の人の保護のため

手続き

- 2人の医師(1人は認定医)の診断書(医師以外は不可)
- Approved Mental Health Professional (AMHP) か Nearest Relative (NR) の申請
- AMHP が患者本人に面接し、患者の諸事情を考慮すると、強制入院が、患者の必要とするケアや医学的治療を提供するための最も適切な手段であると評価できること
- 最終診察から14日以内に病院を受診させる
- 2人の医師の診断は5日以上の間隔があいてはならない
- 申請者(大抵はAMHP)は申請前14日間のあいだに必ず本人と面接
- NRが手続きに関与、AMHP申請前にNRになる可能性のある人に申請すること。退院させる権限があることを通知
- 期間 28日以内、更新不能、ただし、期間内はいつでもSec3に移行可能

退院と処遇

- 入院当初14日間はMHRTに退院請求可能、受理後7日以内に審判
- Hospital managers' hearing
- NRは退院させる権限をもつ
- The Responsible Clinician はいいつでも退院させられる
- 通常、初回の入院に使われる
- 強制投薬可能。Consent to Treatment に関するsafeguardの対象

Sec 3 Admission for treatment

治療のための入院

入院基準

- (a) he is suffering from [mental disorder] of a nature or degree which makes it appropriate for him to receive medical treatment in a hospital; and
- (b) [repealed]
- (c) it is necessary for the health or safety of the patient or for the protection of other persons that he should receive such treatment and it cannot be provided unless he is detained under this section; and
- (d) appropriate medical treatment is available for him.] ([s3(2)).
- 精神障害の存在
- 医学的治療のために強制入院が必要
- 自らの健康や安全あるいは他の人の保護のため
- 適切な医学的治療
- 入院までの手続きはSec2と同じ

強制入院の基準

- | | |
|---|---|
| <p>"treatability test"</p> <ul style="list-style-type: none"> • treatment for a patient must be "likely to alleviate or prevent a deterioration of his condition" • psychopathic disorder mental impairment | <p>"appropriate treatment test"</p> <ul style="list-style-type: none"> • appropriate medical treatment is available • すべてのmental disorder |
|---|---|

medical treatment (Sec 145)

- "medical treatment" includes nursing, and also includes care, habilitation and rehabilitation under medical supervision;
- "medical treatment" includes nursing, [psychological intervention and specialist mental health habilitation, rehabilitation and care
- 医師のsupervisionなしでもよい

medical treatment (Sec 145)

- Any reference in this Act to medical treatment, in relation to mental disorder, shall be construed as a reference to medical treatment the purpose of which is to alleviate, or prevent a worsening of, the disorder or one or more of its symptoms or manifestations.
- 治療による利益を保障
- 治療適合性基準と類似した内容

期間と更新

- 期間6カ月。最初6ヶ月、以後1年ごとに更新可能。
- 強制入院の更新に関する書類は、RC単独では作成できず、当該患者の医学的治療に関与する専門職であり、かつ、RCと同じ職種ではない専門職が入院の更新が必要であることに同意していることが必要

退院・処遇

- Mental Health Review Tribunal:
 - 各入院期間ごとに1回申請可能、審判は申請後4～8週
 - hospital managersは、最初の6ヶ月間にMHRTに申請のない患者、更新後3年間(16歳以下では1年)申請のない患者については、MHRTに照会する義務がある
- Hospital managers' hearing
- NRの退院権限 The nearest relative can have the patient discharged, unless barred from doing so by the RMO.
- RCはいつでも退院させられる
- 退院後は、Community Treatment Orderの対象となることがある。

Sec 4 Emergency admission for assessment

- 緊急を要し、Sec2の手続を行う余裕がない場合
- 医師は1人でよい
- 申請はAMHPまたはNR
- 24時間以内に本人とあっており、2人目の医師の診断を待っていると“involve undesirable delay”がおけると判断した場合に申請
- 最大72時間
- 入院後速やかに2人目の医師の診断を行う。
- 2人目の医師が入院必要と判断するとSec2に移行(2人の医師のどちらかは認定医)
- MHRTやHMHへの退院請求は可能だが現実的ではない
- RC はいつでも退院させられる
- 治療同意に関するセーフガードの対象外

S136 Mentally disordered persons found in public places

- 公共の場(public place)で介護や管理が必要と思われる精神障害者を発見した警察官は、その精神障害者を安全な場所(place of safety)に移送する権限をもつ。
- 72時間以内
- place of safetyには病院が含まれ、多くの場合、専用の病床 (special s136 suite)で対応される
- より適切なplace of safetyに移送できる規定が新設された。

Community Treatment Orders

- **Supervised community treatment**
- 対象となる患者
 - an application for admission for treatment section 3
 - a hospital order (without a restriction order) section 37 or 51
 - a hospital direction (but no longer a limitation direction) section 45A
 - a transfer direction (without a restriction direction) section 47 or 48
- 強制入院が必要な状態だがHospital Managerの許可が停止されている状態

Community Treatment Orders

- RCが行う
- (a)判断基準に適合
- (b) AMHPが書面で、RCの意見に同意し、それが適切であると表明した場合
- 書面をHospital Managerに提出

CTO 判断基準

- the patient is suffering from **mental disorder** of a nature or degree which makes it appropriate for the patient to receive medical treatment;
- it is necessary for **the patient's health or safety** or for **the protection of other persons** that the patient should receive such treatment;
- subject to the patient being liable to be recalled as mentioned below, such treatment can be provided without the patient continuing to be detained in a hospital;
- it is necessary that the responsible clinician should be able to exercise the power under section 17E(1) to recall the patient to hospital;
- **appropriate medical treatment is available** for the patient.

Community Treatment Orders

- RCが入院させて医学的治療を行わないと、自らの健康や安全あるいは他の人の安全にリスクが生じると判断した場合に病院にrecallする
- あらかじめ設定した条件を遵守しない場合や診察を受けないことなどもrecallの対象
- Recallのさいの入院はどこの病院でもOK

< 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) 精神科の病床数は、対人口比でどのような程度か。
- 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) この場合の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。この場合の平均入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、どのようなになっているか。

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なになっているか。
- 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以上の入退院の手続に関与する人について

- 1) これらの手続に、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 3

<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.