

<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られるようになった。

・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 In the summer of X-4 years, he became socially withdrawn.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.

Center for Mental Health

- NGO(独立慈善事業団体an independent national mental health charity)
- 精神障害者の生活上の機会均等のため、政策とサービスの橋渡しを行う機関
- 患者、医師、ソーシャルワーカー、弁護士等、様々な職種の、70以上の団体が加盟する精神保健連盟の一つとして活動している
- 刑事司法、雇用、リハビリ、こども、職業訓練等の分野で活動している

精神障害者の非自発入院について (副責任者Andy Bell氏の話)

- 入院決定には専門家3名の判断が一致していることが必要
- 3名: 医師2名およびPSW (AMHP) or Ns or CP or 本人をよく知る者(保健師、介護者等) 2名の医師は、通常は精神科医であるが、GPのこともある
- AMHPはほぼPSW、非自発入院のためだけの資格 2007年の法改正で、PSWでなくてもこの資格を持つことができるようになったが、まだ数は少ない
- 決定する医師の1名は受入れ先の病院の医師であることが多い
- 入院を決定するのは上記の3名の判断であるが、入院の実行は国の責任で行われる 3名が、国に代わって判断していることになる 3名の判断が覆えされることはない
- 非自発入院の件数は2007年以降増加している ← 病床は不足

精神障害者の非自発入院について

- 入院要件 (MHA83, 2007年改正)
 - ✓ 精神障害であること 人格障害はそれに含まれる 学習障害は含まれない 精神発達遅滞は、それだけでは含まれない
 - ✓ 自他への脅威があること
 - ✓ 入院によって治療が可能であること
- 病院への移送
 - ✓ 警察が介入し、無理矢理に連れていく場合もある その手続きは、MHA135、136条に定められている
 - ✓ 警察が難しい判断を迫られる
 - ✓ まず警察署に連れて行く場合もある

家族の役割

- 非自発入院に関する決定はできない
- 入院した場合、患者の処遇に関して意見をいうことはできる
 - 最も身近な家族が患者本人に代わって意見をいうことができる 患者の人権擁護の役割を果たすことが期待されている

非自発入院: 入院後

- ・アセスメント
 - MHA Sec2: 28日間の入院アセスメント期間
 - 治療しながら診断、ニーズを特定する その後、退院させるか、入院させるかを決定
- ・入院させて治療を行う場合 → Sec3 期間は、数日から数週間
- ✓ 何回でも更新をすることができる 更新は、担当医師が決定する
- ✓ 異議が出た場合にはTribunalで判断する
- ・入院の場所は、通常は、NHSの病院であるが、privateな病院のこともある その場合、費用は、NHSが支払う
- ・入院後、nearest relativesが反対しても入院は継続される。その場合、司法判断に持ち込まれる例もある

非自発入院: 退院およびその後

- 退院の決定は医師が行う
 - その際、医師が、Community Treatment orderを出すことができる。ただし、AMHPの同意が必要。このorderによって、退院後どのような治療を受けなければならないかが決められる。6ヶ月ごとに更新することができる。
 - 退院後、病状が悪くなった場合、2名の医師の判断で、強制的に再入院させることができる
- 退院後の住居は地方自治体が探さなければならない
- 社会的入院(住居がなく退院できない場合)はある
- 家族が引き取ることは多かった
- 最近ではコミュニティサービス(PSW, NSなどを送って、薬を飲んでいかなどをチェックするなどのシステム)が付いているが、家族が引き受けなければならないという風潮は残っている

こどもの場合

- Under Age(18歳以下)の非自発入院の場合、手続きはほぼ同じ
- 専門家3名の手続きのみ、親の同意は必要ない
- Mental Health Actの他、NHS constitution, Health and Social Care Act2012などで、NHSで受け入れる対象が決まっている
- GPの判断で、自閉症の患者などを私立病院に送ることがある 私立病院は3000-4000病床程度
- 児童サービスは予算緊縮、GPが予算の使い方を決められるので地域により幅がある

ゴミ屋敷の事例

- 非自発入院をさせることができるか
 - その可能性はある
 - ただし、その中で本人が死ぬ可能性がある、あるいは他人の生活に多大なる悪影響を与えているなど、きわめて深刻な場合に限られるであろう

Bethlem Royal Hospital ベスレム王立病院

- 1247年(鎌倉時代)設立 イギリス最古の精神病院
- 南ロンドン300万人をカバーする拠点病院
- こども・思春期病棟、司法病棟、薬物依存治療、作業療法部門、行動療法部門などがある
- 今回は、低度保安病棟であるMonks Orchard HouseのCommunity meeting(入院患者、医師、秘書、心理士、ソーシャルワーカー、作業療法士が集合し話し合い)に参加した
- クリスマスパーティ、外出・外泊(事前に内務省に申請し許可を得ることが必要)、病棟生活上の取り決め等を話し合い

- Monks Orchard Houseは17床の低度保安病棟
- 触法精神障害者が地域へ退院する前のリハビリテーション機能をもつ
- 診断は統合失調症、パーソナリティ障害など
- 平均入院期間 7ヶ月～1年 (cf. 中等度保安病棟3～5年)
- 患者の費用負担なし←→€140000/人/年間の医療費
- 中等度、高度保安病棟への移動は、司法、行政は関与せず医療者の判断に委ねられている

- 患者は年1回、tribunal(精神科医、ソーシャルワーカー、裁判官)に自分の状態を主張できる、弁護士を雇うことも可能
- 退院の判断は、裁判所またはtribunalが行う
- 退院後、(触法)患者の多くは地域のホステルに入所し、Community forensic team が24時間監視する体制
- 精神保健法により患者のとるべき行動は決められている。服薬する、違法薬物を摂取しない、治療チームと面接するなど。これに反し病状が悪化すると再入院となる
- 家族療法が大切。退院後、家族が面倒をみる場合も多い

ロンドン警視庁

- ▶ 訪問日: 2013年10月29日 13:00~
- ▶ 担当部局: Metropolitan Police
Fixated Threat Assessment Centre
Specialist Operations Protection Command
- ▶ 担当者: Mr. Daniel Considine
Mr. Dave Smith
Ms. Rebecca Elcock 他

1983年 精神保健法

- <135条>
治安判事は、AMHPの申請により、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。(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。
- ▶ 自傷他害のおそれは、135条の要件とはなっていない。
- ▶ 本条による安全な場所への収容は、72時間が限度である(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(4項)。

典型的な介入事例

- ▶ 患者が、病院との約束を守らず、病院にやっこない。家族や地域サービスからの情報で、本人の症状が悪化していることが明らかである。しかし、患者本人は、家から外に出てこず、本人に接触を図ることができない。
- ▶ 自傷他害のリスクが低く、きちんと家族が関与しているケースであれば、135条を使う必要はない。
- ▶ 135条が発動されるのは、一人暮らしの患者の場合が多い。特に、自分の面倒をきちんと見られなかったり、近所の人にリスクがあったりする場合である。

⇒このような場合に、ソーシャルワーカーが治安判事裁判所において令状を請求し、警察官の立ち入りを許可してもらう。

- ▶ 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。
- ▶ 医師は、勝手に個人の自宅に入ることは出来ないの、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。

- ▶ 警察が、医師およびAMHPを患者の家の中に入れてくれる役割を果たす。

- ▶ さらなるアセスメントのために患者を病院に連れていかなければならないと判断したときは、救急車で移送し、パトカーは使わない(但し、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ができる)。
- ▶ 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。
- ▶ 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。

<136条>

- ▶ 対象となる者が犯罪を行ったか否か、その疑いがあるか否かにかかわらず適用可能。
- ▶ 安全な場所に収容可能な72時間の間に、医師の診察を受け、AMHPの問診を受け、治療等のための適切なアレンジを行う(2項)。
- ▶ 安全な場所としての警察署の使用は、あくまでも最後の手段として。

FTACで136条を適用するケース

- ▶ 誰かがバッキンガム宮殿に近づいて行き、「自分は王様だ、自分は宮殿に入る権利がある」と叫んでいる。そのような場合に、ケアやコントロールが緊急に必要と判断すれば、看護師と一緒に現場に行き、その場でアセスメントを行う。そして、必要だと思えば、136条を適用し、その者を、安全な場所としての地元の病院に連れていく。

Fixated Threat Assessment Center (FTAC)

- ▶ 王室、大臣、国会議員などのVIPに異常な執着を示している人々を見つけ出し、犯罪を予防することが目的。
- ▶ 2006年に発足。

(調査結果)

- ▶ Fixated lone individuals posed the greatest threat
- ▶ the vast majority of attacks were protected by precursor activity
- ▶ 83% of offenders were mentally ill
⇒この特別な人口に特に注意していれば介入しやすい。
- ▶ そのために、ロンドン警視庁とNHSTrustの医師・看護師がチームを組み、1つのユニットとして動いている。
- ▶ 予算は、内務省と保健省から拠出されている。

- ▶ 例えば、「何度も何度も女王に、信愛なる母へ・・・という手紙を送ってくる者がいる」という情報が入る

↓

- ▶ ユニットの警察官と医師たちで共同ミーティングを行う(警察は、その者の犯罪の可能性・危険性について、NHSは精神症状について、意見を述べる)。

↓

- ▶ 共同でリスクアセスメントを行う。

↓

- ▶ 必要と考えれば、ユニット内の医師により、精神保健法上の強制入院が行われる。

- ▶ 大事なことは、警察が、このような人々を犯罪者としてではなく病人として扱うこと。

- ▶ FTACのメリットは、このような執着している人々を、むやみに犯罪に至らせず、予防的に介入し、精神保健のルートにのせることにある。

Prison Reform Trustの活動と 触法精神障害者の処遇 (イギリス視察報告)

2013年12月23日 地域精神医療研究会

北海道大学大学院法学研究科
城下 裕二

●Prison Reform Trust(PRT)とは

- ・ 刑罰制度、特に刑事施設内の処遇改善を目的とした政策提言・調査研究を行う非営利団体
- ・ 1981年創立
- ・ 本部:ロンドン市内
- ・ スタッフ19名
- ・ Director(General): Juliet Lyon,CBE
- ・ Director(Care not Custody Program): Jenny Talbot, OBE

●PRTの主な目的

- ① 不必要な拘禁(施設内処遇)の減少・社会内処遇の推進
- ② 受刑者及び家族の環境改善
- ③ 刑事司法システムにおける公平性の実現と人権保障

●PRTの活動

- ・ 刑務所改革に関する独自の調査研究と成果の公表→800万の読者に対する情報誌の刊行
- ・ 公教育による知識の普及
- ・ 政策決定への提言:政府関係者との定例会議+超党派の議員との連携
- ・ 受刑者とのその家族に対する相談および情報提供(年間6000人)

●Fact File 2013(その1)

- ・ イングランド&ウェールズの刑務所収容人員:84,073人(2013年10月)
←1992~93年の平均は44,628人
- ・ 人口10万人あたりの収容率:149
←フランスは102・ドイツは83
- ・ 平均刑期:14.7か月
- ・ 35,165人が刑期3か月以下
←前年よりも10%減少

●Fact File 2013(その2)

- ① 精神病性障害(psychotic disorder)を有する者:
女性受刑者の14%、男性受刑者の7%
- ② 精神病状態(psychosis)の徴候を有する者:
女性受刑者の25%、男性受刑者の15%
- ③ 収容前に精神疾患の治療歴あり:
女性受刑者の26%、男性受刑者の16%
- ④ パーソナリティ障害を有する者:
女性受刑者の62%、男性受刑者の57%

●PRTの近時の主要な活動

- ・ Bradley Report(2009)の提言を基本的
に支持
→“Liaison and Diversion”プログラムの
具体的検討
①再犯率の減少
②医療的効果の促進
- ・ 政策実現のための調査研究を報告書として公刊

●Bradley Report (2009)(1)

- ・ 法務大臣が、Lord Bradley 前内務大臣に触法精神障害者のdiversionに関する制度設計を2007年12月に委任
- ・ Prevention and Early Intervention
→事前の犯罪予防とともに、刑事司法システムの初期段階からの援助を勧告（症状悪化/自殺の防止・刑事施設コストの削減・再犯率の減少）

●Bradley Report (2009)(2)

【警察段階】

- ・ 精神障害者と刑事司法システムの最初の接点としての重要性
- ・ 警察官に対する、精神障害者処遇のための情報提供・訓練プログラムの実施
- ・ 地域健康・福祉サービスとの連携
→ “Liaison and Diversion”
(多機関連携型ダイヴァージョン)

●Bradley Report (2009)(3)

【裁判段階】

- ・ 障害のある証人に関する現行制度を、障害のある被告人にまで拡張すべきことを提案
- ・ 不必要な勾留を回避するために鑑定報告書の提出期限を厳格化

【行刑段階】

- ・ community sentenceの活用
- ・ 重症者について病院への移送を促進するよう保健省に要請

●PRT2009年報告書

(Too Little Too Late)

- ・ 刑務所の種類別に57の調査委員会
- ・ 本来は精神医療もしくは社会的なケアを受けべきであった者が刑務所に収容されている事例が多い
→刑期を終えると何らのサポートなく釈放
(prisoners who are too ill to be in prison)
- ・ 触法精神障害者について、刑事司法システムからの早期のdiversionを提言

●PRT2010年報告書

(Bromley Briefings Factfile)

- ・ 女性受刑者の70%、男性受刑者の72%が、2つ以上の精神障害に罹患
- ・ 受刑者の10%が serious mental health problemsを抱えている
- ・ 精神障害に罹患した受刑者の96%は居住先が決まらないまま（その80%は重罪受刑者）、4分の3は就労先が決まらないまま刑期を終えている

●PRT2011年報告書

(Care Not Custody)

- ・全国婦人会連合（NFWI）と協同して警察および裁判段階での障害者の「拘禁からケアへ」のキャンペーン活動を展開
- ・司法省・保健省は2014年までの政策実現を表明
- ・30の組織・慈善団体が協賛、100万人以上が参加

●制度改革の1つの試み

- ・医療従事者が警察（留置施設）に常駐し、対象者のニーズを初期の段階で把握する
→地域精神科看護師の起用
(Community Psychiatric Nurse : CPN)
精神保健法(2007年改正) 136条における警察による「安全な場所」(place of safety)への移送などに際して協力

●制度改革の1つの試み（続き）

- ・地域精神科看護師の起用
→司法監察医との分業？
(Forensic Medical Examiner : FME)
精神保健法12条に基づき被逮捕者に精神障害の疑いがある場合、留置管理官が呼び出し、被逮捕者のリスク評価を助言
→特別な研修制度の必要性

●まとめ

- ・幅広い調査研究と戦略的メディア利用による問題関心の喚起
- ・政策決定への影響力
- ・触法精神障害者に対する Liaison and Diversion政策
→可能な限り早期の、特に警察段階での医療との連携
各機関のawareness training の重要性

研究報告

韓国調査報告

水留 正流

南山大学法学部




訪問調査の概要

- ▶ 参加者(敬称略):
 - 松原三郎、倉田孝一(以上、松原病院)、今井敦司(松沢病院)
 - 町野朔(上智大学)、水留正流(南山大学)
- ▶ 訪韓日程:2013年10月13-16日
 - ソウル特別市チョンノ(鍾路)区精神健康増進センター(10月14日)
 - ケヨ(啓鏡)病院(民間精神病院)(10月14日)
 - 国立ソウル病院(10月15日)
 - 大韓民国保健福祉部(10月15日)

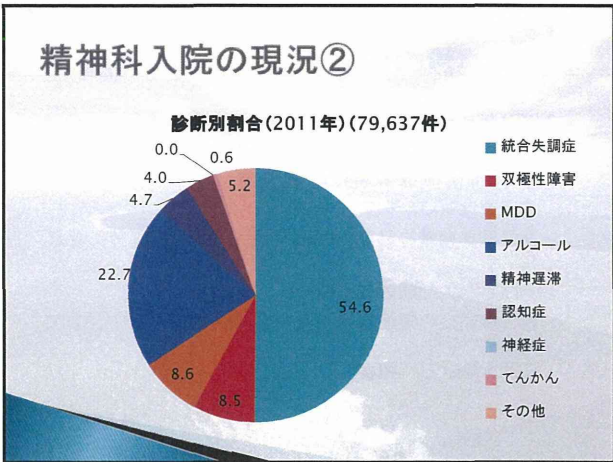
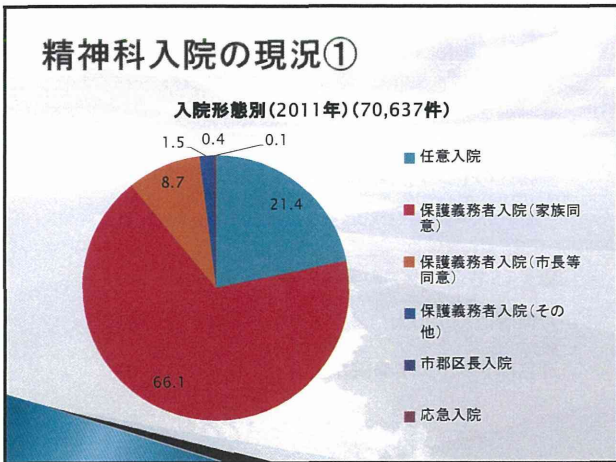
韓国の簡単なプロフィール

- ▶ 人口:約5,000万
- ▶ 大統領制
- ▶ 2層の自治体(道州制)
 - 特別市・道レベル
 - 道における市、郡、特別市における区
- ▶ 精神保健政策の課題(保健福祉部)
 - 社会的偏見の解消
 - ・ 名称変更、精神保健法の対象となる精神障害概念の厳格化
 - 脱施設化
 - ・ 保護義務者入院(≒医療保護入院)の一定の厳格化

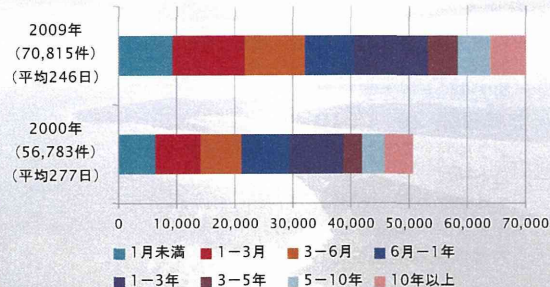


入院制度の概観

- ▶ 市郡区庁長入院(≒措置入院)
- ▶ 保護義務者入院(≒医療保護入院)
 - 親族等の同意による場合
 - 市郡区庁長の同意による場合
- ▶ 応急入院
- ▶ 任意入院
- ▶ (なお、措置通院制度)
- ▶ 根拠法は精神保健法(1995年)
 - 現在、改正作業中(「精神健康増進法」への名称変更)
- ▶ なお、福祉サービスの提供は障害者福祉法による

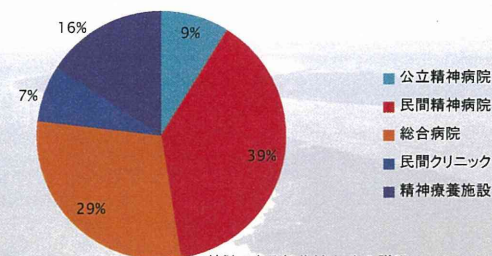


精神科入院の現況③(趙先生の情報より)



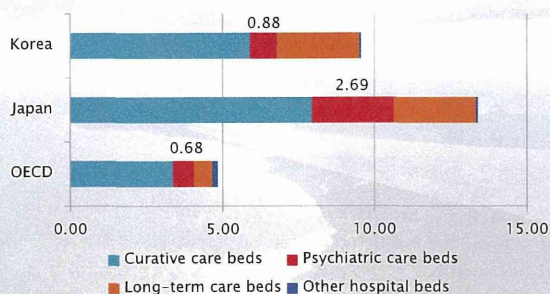
精神科入院の現況④

精神科病床数(2011年)(89,559床)



※ 統計のある部分だけ、との説明
おおむね、人口500人対1床という計算とのこと
(実際に計算すると、人口1000対1.8程度になる)

参照:人口1000人対病床数(2011) OECD Health at a glance 2013



訪問先施設の概要①ケヨ(啓耀)病院

- ▶ 啓耀医療財団が運営する民間精神病院
- ▶ ソウル郊外、キョンギ(京畿)道ウィワン(儀旺)市に所在
- ▶ 啓耀老人専門病院が隣接(120床)
- ▶ 1974年にクリニックとして開業、79年に病院認可
- ▶ 現在は800床。精神科専門医14名、レジデント6名。
 - 精神保健法施行後、300床以上の病院は認可されない。
- ▶ 任意入院の割合は、3割程度まで上昇との印象
- ▶ 述べ入院人数は、200-250人/月
- ▶ 儀旺市精神保健センターの運営を受託
 - センターについては後述

訪問先施設の概要②国立ソウル病院

- ▶ 1962年に設立。最大で900床の時期。
 - 国立病院は全国に5か所。合計3,000床規模。
- ▶ 国立精神健康研究院に転換予定
 - 病床数は300を予定
 - 児童思春期精神科等、民間が提供しきれない部分に重点化
- ▶ 現時点での入院患者の特徴
 - 統合失調症の慢性患者が多く、長期入院を余儀なくされている例が多い
 - 任意入院は20%程度

訪問先施設の概要③ソウル特別市チョンノ(鍾路)区精神健康増進センター

- ▶ 精神健康増進センター(精神保健センター)
 - 人口20万人程度をキャッチメントエリアとしたセンターの整備が進んでいる(基礎自治体の9割)
- ▶ 鍾路区のセンター: キャッチメントエリアは18万人
 - ソウルの都心地域。密集する政府機関と多くのホームレス
 - 域内に大学病院2(計80床程度)、総合病院精神科1、精神科クリニック12、精神科グループホーム2
 - 参照: 儀旺市のセンター: 14万人のキャッチメントエリア
- ▶ 職員15名(うちケアの実務に従事するのは5人)
 - センター長は精神科医(ソウル大学から)
- ▶ 対象者は約500人(1人当たりリソースロードは50人)
- ▶ 診療・投薬・デイケアは行わない
- ▶ 運営はソウル大学病院が担当

入院制度について①

市郡区庁長入院、応急入院

- ▶ 市郡区庁長入院(≒措置入院)
 - 自傷他害の明確な危険
 - 精神科専門医・精神保健専門要員(心理士、看護師、SW等)の申請
 - 精神科専門医2名の診断 → 市郡区庁長の命令
 - 2週間。ただし、3か月まで延長が可能。それ以上は不可
- ▶ 応急入院
 - 自傷他害の明確な危険
 - 警察官
 - 72時間
- ▶ 市郡区庁長入院は323件、応急入院は50件(2011年の全国統計)

入院制度について②

任意入院

- ▶ 法の規定する原則形態
- ▶ うつ病と神経症性障害が多い
 - 統合失調症は少ない
 - アルコール依存は少ないという情報、多いという情報
 - 認知症はないという理解
- ▶ Holding powerは一切存在しない
 - 退院拒絶は処罰の対象となりうる(要確認)
 - 民間病院は任意入院を好まない
- ▶ 強制通院制度は機能していない
 - 自傷他害の明確な危険が要件
 - 一結局、そのような対象は入院の適応
 - 通院制度は退院の時のみ、入院がないケースには適用不可

入院制度について③

保護義務者入院(現行法)

- ▶ 入院医療の必要性OR自傷他害の危険
- ▶ 精神科専門医の診断+保護義務者2名の同意
- ▶ 保護義務者の範囲
 - 親族
 - 順位は法定。配偶者→直系の親族(要確認)
- ▶ これらのない場合、市郡区庁長にも同意権限
 - 家族関係証明書(≒戸籍)に家族の記載があれば市郡区庁長同意は不可能
 - この場合には、保護義務者入院でなく市郡区庁長入院で対応している場合もありうる
- ▶ 入院後6月ごとに審査

入院制度について④

保護義務者入院(改正案)

- ▶ (強制入院全般に)対象は、**重度精神障害者**に限定
 - 任意入院の対象には、以前として軽度の人も含む
- ▶ 保護義務者入院の要件:入院医療の必要性AND自傷他害の危険
 - 自傷他害の危険には、対象者自身の健康への危険を含む(市郡区庁長入院との相違点)
- ▶ 保護義務者の第一順位に後見人
 - 最近、成年後見制度を導入
- ▶ 法改正によって、保護義務者入院が劇的に減少するとは、立案担当者も期待していない

事例1(現行法)

- ▶ <センター>
 - 自傷他害のおそれはない
 - 家族同意がなければ入院不可
 - 市郡区庁長の同意は、放置すれば死ぬ可能性のあるときだけ
- ▶ <国立病院>
 - 自傷他害のおそれは高くないが、存在する
 - 家族がいれば保護義務者入院、いなければ市郡区庁長入院
 - ただし、症状改善後の入院継続は不可能
- ▶ <民間病院>
 - 自傷他害のおそれは存在する
 - 家族がいれば保護義務者入院、いなければ市郡区庁長入院
 - ただし、家族がいなくても、入院は容易でない可能性
 - もっとも、家族がいなければ、移送が不可能

事例2(現行法)

- ▶ <センター>
 - 家族の同意があれば、保護義務者入院が可能
 - 自傷他害のそれが高くて、家族が同意しなければ入院は困難
 - 家族が入院させた後、帰住環境が整わないために退院困難となる可能性が高い
- ▶ <国立病院>
 - 保護義務者入院を勧奨する
 - この事例では、症状改善後も自傷他害のおそれは存在するようと思われる
 - ただし、他人に脅威を与える言動が具体的に見られないとすれば、保護義務者入院も困難でありうる
- ▶ <民間病院>
 - 保護義務者入院の対象
 - 自傷他害のおそれは存在。市郡区庁長入院も可能

事例1・2(改正案)

- ▶ <保健福祉部>
 - 事例1は、現行法では保護義務者入院の対象となる可能性があるが、改正案ではありえない
 - 事例2は、現行法では保護義務者入院の対象となるだろうが、改正案では、家族が感じる脅威や家族に対する危険性を具体的に特定して、場合によっては保護義務者入院の対象とならないことになる
- ▶ <民間病院>
 - 事例1・事例2は自傷他害の危険を認めうる(改正案でもなお保護義務者入院の対象として理解)
- ▶ <国立病院>
 - 事例2などでは、「重度精神障害者」概念によって入院適応が変わりうる
- ▶ <センター>
 - 事例1・2は「重度精神障害者」でないかもしれないが、改正の趣旨は偏見帽子なので、保護義務者入院の要件がこの改正で厳格化することはないと見込んでいる

入院のための移送

- ▶ 市郡区庁長入院では制度がない
- ▶ 実際には、保護義務者が連れてくる
- ▶ 結局、民間救急
- ▶ このあたりの事情は、日本に類似？

未成年者の場合

- ▶ 成人と異なる特別なルールは、精神保健法にはない
- ▶ ただし、いずれにしても親権者の同意が必要

入院費用

- ▶ 入院形態の問題とは無関係(市郡区庁長入院も同様)
- ▶ 基本的には健康保険からの給付+自己負担
 - 自己負担額は医療機関ごとに異なる
 - ・ 鍾路区の場合、大学病院は自己負担額が高い
 - ・ →区内で入院治療を受けることには不利
 - ・ →郊外の民間病院へ
- ▶ 低所得者に「医療保護」(≒メディケイド)の制度
 - 医療保護対象者の場合、国費負担
 - 医療保護対象者は全人口の5%程度だが、統合失調症の3ないし4分の1が該当する印象

入院後の審査(任意入院、保護義務者入院の場合)

- ▶ <任意入院>
 - 1年に1度、書面で入院意思を確認
- ▶ <保護義務者入院>
 - 入院直後には審査はない(改正案はどうか、要確認)
 - 期間は6月。更新に上限はない。(改正案:2月)
 - ・ 入院期間のさらなる短縮という観測
 - 精神保健審議委員会で審査
 - 基礎自治体レベルの委員会と特別市・道レベルの委員会
 - ・ 2審制
 - だいたい10人程度で構成
 - ・ 精神科医、弁護士、精神保健専門要員、家族、看護・社会福祉学

処遇改善請求等

- ▶ 2つのルート
- ▶ ①精神保健審議委員会
- ▶ ②国家人権委員会
 - 大統領直属の委員会
 - 精神科入院施設には、請求フォームを備える義務
 - ・ 必ずしも遵守されていない
 - 創設(いつ?)直後は請求件数が多数。最近では落ち着いてきている

入院がなされなかった場合、退院した後

- ▶ 精神健康増進センター(精神保健センター)がフォロー
 - センターの利用に自己負担
 - クライアントに利用が好まれない事情
- ▶ 退院時には、病院からセンターに情報提供
 - ただし、**本人同意が要件**
 - 感覚としては、同意4割、不同意6割
 - ・ 医療保護等の扶助を受けた経験のある人は拒否感が少ない
 - 病院がセンター運営を受託している場合でも、情報は別に管理(啓産病院)
- ▶ 結局は、粘り強い説得しかない(特に、事例1)
 - 強制力はなくともいいので、法制度のサポートがある方が望ましい(鍾路区センター)
- ▶ 帰住先は、たいていは自宅。グループホーム等は未整備。
 - ホームレスはホームレスに

制度に関与する専門職

- ▶ 精神科専門医
 - 医科大学(6年生)卒業後、医師国家試験
 - インターン(1年)
 - 専門科を決めて、4年間のレジデントコース
 - (軍医か地方の公衆保健医: 3-4年)
 - 専門医試験
 - ・ 合格率は9割弱
 - ・ 一般医や人気のない専門医に誘導する政策の影響
 - 精神科専門医になるのは、33-34歳くらい
- ▶ 精神保健専門委員
- ▶ 精神医療従事者に年4時間の人権研修(院長は8時間)
 - 講師は国家人権委員会教育部が指名

精神療養施設

- ▶ 「祈禱院」発祥の脱法的な民間組織
 - 精神保健法制定(1995年)まで、精神科病床の主流
 - 過去にはかなり濫用された経緯
- ▶ 現在は精神病院への転換が進む
- ▶ 2011年の統計で、約14,000床
- ▶ 入院者は、ほぼすべて強制入院

韓国の精神医療観？

- ▶ ドラマ「グロリア」(2010年、韓国MBCテレビ)第27回



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）
「精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究」
総括・分担研究報告書

発行 平成 26 年 3 月
発行者 山本輝之（研究代表者）
連絡先 成城大学法学部山本輝之研究室
〒157-8511
東京都世田谷区成城 6-1-20
TEL 03-3482-9732
FAX 03-3482-9732

