

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カルガリー大学 Dr. Liya Xie 先生、ブリティッシュコロンビア大学 (University of British Columbia) 高野嘉之先生、ならび聞き取り調査に御協力いただいた諸先生方に深謝いたします。

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) 医者以外に関与する人は、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.

資料 3

Carnet Center における聞き取り調査報告

東本愛香（千葉大学社会精神保健教育研究センター）

Carnet Center（以下センター）は、カルガリー慢性精神疾患および統合失調症患者のための治療およびリハビリテーションセンターであり、神経心理学的評価、リハビリテーション／心理教育および社会スキルグループ（フォローアップ）、ファミリーセラピー／サポートのサービスを提供している。

現在、約 400 名のクライアントがこのサービスを利用しており、スタッフは精神科医のほか、看護師 8 名（レジスタードナース）、作業療法士 2 名、レクリエーションセラピスト 2 名、ソーシャルワーカー 2 名、サイコロジスト（フルタイムではない）、サイコメトリストはフルタイムが 1 名、他 1 名は週 1 回の勤務である。

センターには、メディケーション・ルームおよび診察室、アクティビティルーム、コンピュータールーム、工芸・アートルーム、クッキンググループなどがあり、なにより特徴的なことは、クロザピン・クリニックがあるということである。センターはサンリッジモールというショッピングセンターに隣接する施設のため、医師からの処方を受けたクライアントは建物の 1 階のドラッグストアで薬を受け取ることができるという利便性が高い立地である。また、紛失や管理の問題がある場合などについては、直接運んでもらうという対応をすることも可能であるという。後述するが、センターではドラッグストアで受け取る薬のほか、医薬品メーカーからのサンプルが多く保管されており（新薬など）、医療保健でカバーされることがない患者への処方薬として活用している。またデポ剤などについては、ひとりの患者の一年分の注射用薬剤を一箱で管理するというように徹底された管理を行っている。

センターで提供されるプログラム

センターでは、診療の他、数々のプログラムが提供されている。中心的なものとして、アクティビティルームを活用して CBSST（Cognitive Behavioral Social Skills Training）のグループが行われている。CBSST のグループは月曜日に 1 グループ、木曜日に 2 グループ提供されている。センターでは、たとえば、ストレス・マネジメントやメタボ・グループに組み込むかたちで実施している。“プログラムの目標として「Set it, Get it!”（目標を設定して、それを実現しよう!）」と掲げられているという。

その他、薬の服用による新陳代謝への影響からメタボリックシンドロームになるクライアントも多く、その管理のためジムに行くプログラムや、ウォーキングをするグループといった活動も行っている。またレクリエーションも盛んに取り入れられており、クリスマス会やバスハイクなども提供している。

クロザピン・クリニック

センター内にはクロザピン・クリニックと称して、クロザピンの処方が行われている部屋がある。室内には専用の PC があり、毎朝前日の血液検査の結果に基づいて行えるようになっている。センターから近い場所に血液検査が行われるラボがあり、検査結果は直接医薬品会社に送られデータが入力されていくようになっており、室内の PC 随時確認することができるシステムになっている。

このクロザピン・クリニックのシステムは非常に成功しているという。その理由として、1 週間に 2 日（火・木）に通常の治療のほかにドロップインのクロザピン治療を設けていることがあるという。このドロップインの仕組みは、2 名の看護師、5 名の医師で対応しており、特に、時間通り来られないようなクライアントへの対応として非常に有効であるという。ドロップインの位置づけとしては、基本的にクライアントは予約制のクロザピン治療かドロップインかをチョイスすることができるが、通常の治療予約を 3 回破ると必然的にドロップインに移行するような決まりで動いている。また、センターでは昼食も提供されるため、クライアント同士が待ち時間に話をすることや、コミュニケーションの場として意味あるものとして「通うこと」に役立っていることから継続して治療を行うことができることも効果が維持できていることの理由であるという。

センターへの参加者および費用などについて

18 歳以上できれば 65 歳以下であり、多くの患者は、中央の紹介制度である（アルバータ州）Access Mental Health というところから送られてくる。場合によっては、医師が直接紹介するということもある。対象となる範囲としては、カルガリー全土の対象者に対応しており（多くは家族の送迎、その他バスなどの利用）、CTO (Community Treatment Order) の対象者も含まれる。

治療に関わる費用については、Alberta Health Service が負担しており、参加者の多くが所得保障制度（OAS）などをうけているので、その一環としてカバーされているところもある。本人たちの負担は、ピクニックなどのバス代、ジム会費（これも一部保障あり）。

CTO によるケース対応について（例）

10 年前には CTO という制度はなく、「治療のために拘束し、良くなったら退院させる」というシステムで動いていた。その後の治療は任意となるが、人によって治療継続せず症状が悪化し、また強制入院になるという負のくり返しをするというケースが多くなっていた。そこで、地域での外来治療での治療継続維持がなされる制度の確立が必要だということになった。そこで、CTO が制度化される流れになるが、この制度化は、当時の厚生大臣（アルバータ州）が積極的に押し進めたことによるところも大きいという。

CTO を開始するには 2 人の精神科医のサインが必要であり、6 ヶ月ごとに更新する事が

決められている。また、更新の際にはレビューパネルが開かれる。レビューパネルは、弁護士、判事、精神科医 2名、その他の者が委員として参加し、「クライアントのために」議論をすすめていく。レビューパネルの状況や結果はクライアント本人に議長から伝えられ、必ず情報共有される。

以下に CTO での対応事例についてあげる。

Case 1

27 歳 女性 統合失調症

14 - 15 歳の teenager で発症。最初は、青少年としてのケアを受けていたが、問題が大きくなり、家出、その後路上生活。暴力をふるう男性との付き合いから、出産。自分で育てようとするが、安定しない生活が 7、8 年続く。入退院を繰り返し、少し良くなると薬を飲まなくなり、麻薬を使用するなどという状態でもあった。2 年前（訪問時より）、再度入院することになった際、これまで長い間入退院をくり返していること、入院中の自殺企図もあったことから、CTO を出す事が決定された。CTO に基づいて、退院後の服薬、グループホームに行くことが条件付けとして出された。CTO となり、服薬が安定し、自分自身をどのようにケアすればということが意識することができ、自身のケアというものを理解できるようになった。ソーシャルワーカーにも定期的に会い、SST のプログラムも受けるようになり、グループホームも入所し生活が安定していった。不安定になり麻薬にも手を出すこともなくなった。

その後、ソーシャルワーカーとも良い人間関係が築け、維持できるようになり、参加するプログラムも好きになり、積極的に参加するようになった。疾病教育もなされ、自身の病気への理解が得られ、治療が必要であること、役に立っていることを理解した。そして、友人も何人かでき、もう CTO は必要ではない状態になったと判断された。一度、CTO をキャンセルすることをクライアント自身と話し合ったが、本人の希望で延長したという経緯もあった。

Case2

25 歳の男性、10 歳でアフガニスタンから移民してきた。入院を何回か繰り返し、自殺企図もあった。現在 CTO は約 4 年だが、あらゆる治療をうけていながら 7 年位落ち着かない状態が続いていた。Foot Hills（病院）では、アーリーサイコーシスのプログラムを受けたことがあり、Carnet Center でも治療やプログラムを受けた経験もあったが、うまくいってなかった。多くの対応を、懸命に行っていたが、コンプライアンスがうまくいかず、入院をくり返すようなことが継続していた。

最大の問題は、同居している母親との関係であった。母親自身も精神疾患があり、ほとんどの時間を母親と過ごす彼の生活において、たとえ入院中の治療がうまくいっても、母親との生活に戻ることによって状態が悪くなるという状況であった。そのようななか、さらに悪化することとして、母親がアフガニスタンから彼のために花嫁を連れてこようとし

た。彼は自分自身のこともできないのに、花嫁をつれてこられてしまうなど、「自分以外の2人のことをすることなど、大変だ。どうしよう。」というストレスに対して混乱し、調子が悪くなった。そこで1年前、長期の入院をすることになり、その時点で、母親ではなく健康な親族（兄弟）に関わってもらおうようにすることが必要であるとし、CTOを出すことになった。CTOの条件として、母ではなく健康な兄弟と同居することをあげ生活を開始すると、状態は安定し始めた。薬も効いていることが確認された（以前も薬も効いてはいたが、生活が安定していなかったため、効果が確認されなかった）。プログラムにも参加し、母親の「先走りの花嫁問題」も解決させた。さらに兄弟を後見人にし、財産管理のトラスティとすることとした（本人は、所得補償制度でもらっているが兄弟が管理する）。

しばらくして、状態はさらに改善し彼自身が目標をもつまでにいたった。「今後どうしていききたい」とか、もっと安定的な生活をしたいなど、最終的には学校通い独立したいなどということをお話するようになった。このような case において、永遠にCTOが続くということではなく、最終的にはキャンセルされることもあるかもしれないが、継続しているケースである。母親との関係を断ち切るための、CTOが必要であるため、現状はCTOによって維持されている状態であると判断している。

CTOにおける家族の関与について

家族の関与が条件となる場合としては、個々の患者によるが、家族と住むよりもメンタルヘルスグループホームの方が望ましいという場合などに制限される。家族教育としては、アーリーサイコーシスの教育、家族への病気の理解を深める教育を行っている。家族の取り組みが患者のヘルプになるかならないか、どのようなことがサポートになりストレスになるのかということも考える。再発のサインや、どういう関係を築くことができるかなどをSWが対応にあたり進めている。

CTOでつけられる条件など

CTOでつけられる条件については、患者ごとに決めるものであり、薬やプログラムへの参加、どこに住むかということへの規制、麻薬やアルコールの禁止などプログラムの内容までは決められていないが、どの医師かということが定められ、その医師が決めることになる。担当の精神科医は常にアセスしながらトリートメントをするが、6ヶ月に行われる1回公式なヒアリングには、もう1人の精神科医がセカンドオピニオンの役割となる（公式なレビューの際のヒアリングにあたっては、フルなアセスメントを行う事になる）

最後に、このセンターの指針として、なにより「精神病の負担をできるだけ少なくすることで、コンプライアンスを高めている」という意識の高さが、プログラム、クリニック、CTOへの対応においても強調されていた。

資料 4

Peter Lougheed Center における聞き取り調査報告

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)

Peter Lougheed Center (PLC)

3500 26 Avenue NE, Calgary, Alberta, T1Y 6J4

Peter Lougheed Center (PLC)は、1988 年に開院し、現在 600 床をもつカナダアルバータ州カルガリー市にある大規模救急総合病院である。アルバータ州保健サービスの運営のもと、アルバータ州南部全域をキャッチメントエリアとし、24 時間体制で救急部門、高度外傷センター、集中治療室、外来ケアなどを提供している。精神科もひとつの部門として、同州で最大の救急精神医療サービスを提供している。

2014年9月16日、我々はPLCの精神科病棟(Unit25, Unit27), ショートステイ病棟 (Short Stay Unit) および精神科救急外来を見学した。

二つの急性期病棟は、各 35 床(うち保護室 3 床)をもっていた。急性期病棟 Unit25/27 の入院期間は平均 1 か月程度とのことであった。スタッフステーションに多職種が集まり、記録やモニター、処置等を行う環境は、日本の急性期病棟と類似していた。

ショートステイ病棟は、18 (19)床をもち、入院期間は平均 3~4 日であった。多職種チームにより診断・アセスメント、トリアージを行うとのことであった。治療方針が定まった後は地域の精神病院や外来クリニックに患者を戻したり、前記の急性期病棟に移して治療を続けたりするとのことであった。

精神科救急外来は、他科の救急外来と同じフロアの一角に部屋をもち、診察を行っていた。常にスタッフと患者が往来し、多忙な様子であった。看護師は夜間 2 時まで常駐しているとのことであった。

我々は、PLC 病棟に勤務する医師に、日本の医療保護入院のモデルケース(共通事例)2 例を提示し、カナダにおいてどのような処遇が講じられるかについて質問した。

(共通事例1)

46 歳、女性、連絡可能な親族なし。45 歳時、夫を事故で亡くし遺族年金と保険金で生活していた。通院が不規則となり、自宅に閉居し、大小のごみを屋敷内に溜めるようになった。家前にもごみを積み異臭を放っていたため、近隣住人が役所に相談したもの。

(共通事例 2)

38歳、男性、33歳時、興奮を来し、窃盗、暴行で逮捕された。その後、自宅に閉居し、母親に暴力をふるい、姉や姪に対して強く怒りを表す。被害妄想から、窓に目張りをしたり、防犯カメラを設置したりした。家人が民間の患者搬送サービスを依頼し本人を精神病院に受診させたところ、本人は、「ぶちこめばいいと思ってるんだろが！」「覚えてろよ！」等と興奮した。

- ・ 事例1, 2に大きな違いはない。いずれも妄想がある。病識がなく、自分で判断できない状態にあると考える。
- ・ 自分自身および他人に対する危険性があると考え。特に事例1では、自分自身に対する危険性があるとみなす。
- ・ 強制入院の手続きをとるだろう。判断能力の有無は二人の精神科医が決定する。二人目の医師のセカンドオピニオンが必要な場合とは、患者および代替意思決定者が入院に反対したが、治療が必要と思われる場合である。セカンドオピニオンの医師は精神科医であることが望ましいが、小規模な施設では家庭医 Family Doctor が行うこともある。
- ・ Form11 (treatment order)を記入し、抗精神病薬により改善を図るため強制治療を行うことになるだろう。入院の正式な決定は Review panel が一週間以内に判断する。Review panel が(判断)能力なし incompetent であると判断するまでは、医療者は患者が competent であると想定して治療する必要がある。例えば、経口薬処方可能であるが、強制注射はできないというものである。Review panel が treatment order を出せば、その後は強制治療が可能となる。Treatment order は頻用されている。
- ・ 精神症状が改善した後も病識が不十分であれば、強制通院制度 (community treatment order; CTO)を開始する。カナダの CTO は良好に機能しているが、妄想が強い患者ではうまく機能しない場合もやはりある。CTO の利点は、通院が中断した際の入院介入を含め、確実にフォローアップが実施できることである。CTO がついている場合であっても、居宅や居場所のないケースで行方不明になった場合、専門の警察チーム PACT team が介入する場合もある。

という回答を得た。

さらに、CTO の適応となる疾患範囲について質問したところ、疾患名で規定されるわけではないが、認知症やパーソナリティ障害においても適応される可能性は皆無ではないが、治療的な場合に限られる。認知症に関しては、判断能力がなく後見人命令が出ているような場合であっても、責任の所在と治療構造を明確にするため Form1 (入院命令)を出すことが多い、との回答であった。

カナダでは、自分の健康を害する危険性が非同意入院の適応になること、家族の関与なく医療者の判断で非同意入院が行われる一方、Review panel が迅速に開催され、患者の主張を聞き、決定を検証するシステムがとられていること、CTOの併用により地域への退院が促進されていることなどが我が国との違いとして印象的であった。

資料 5

カルガリードロップイン&リハビリセンター (Calgary Drop-In & Rehab Centre)
における聞き取り調査報告

松木崇 (弁護士)

カルガリードロップイン&リハビリセンター (Calgary Drop-In & Rehab Centre)

<http://www.thedi.ca/>

所在 1 Dermot Baldwin Way S.E Calgary, AB T2G 0P8

訪問日 平成26年9月16日午後

カルガリードロップイン&リハビリセンター (以下「ドロップインセンター」) は、ホームレスに宿泊場所と温かい食事を無償提供する施設である。また、それにとどまらずカウンセリングや職業訓練も行って福祉機関や就業につなげる画期的な活動も行っている。カルガリー中心部のダウンタウンの東北端、繁華街からも徒歩でアクセス可能な立地にある。

我々一行は9月16日午後に訪問し、エグゼクティブディレクターのデビー・ニューマン (Debbie Newman) 氏、看護師のジェネビューヴ・ライト (Genevieve Wright) 氏ほかの説明を受けながら同施設を視察した。

カルガリーでは、石油がもたらす経済的恩恵を受ける一方で、ホームレスの増加が深刻な社会問題となっている。とりわけ冬季には気温が -30°C にも下がるため、室外で寝ることは凍死を意味する。ホームレスに食事・宿泊場所を提供する施設は不可欠である。

訪問先のドロップインセンターは、ドロップインセンター協会 (Calgary Drop-In & Rehab Centre Society) が運営する施設である。もともとこの事業は、教会など複数の宗教団体が慈善事業として行っていたものであるが、現在は宗教団体の枠をこえて設立された協会が運営にあたっているとのことで、デビー・ニューマン氏も理事の一人である。

今回我々が視察したドロップインセンターは、2001年9月11日開所であり、同日に米国で発生した同時多発テロの影響で飛行機がすべてキャンセルになったために、一般開放されて遠征中のサッカー選手団が宿泊するなどといった想定外の印象的なスタートを切ったという。

この施設では、1100人のホームレスが一晩に宿泊可能であり、1日3000食が提供されている。もっともベッドルームは毎日午前6時までに退室せねばならず、午後5時からその日の宿泊受付を行い、指定されたベッドでその晩は就寝する。我々が訪問した際

も多数の人々が建物の内外で受付の開始を待っていた。

利用期間に制限はなく、本人が必要なくなるまで利用できる。例えば、職が得られても住居が見つからない場合には引き続き利用できるし、幸いに住居が確保できて食事をする余裕がなければ、ドロップインセンターで食事だけ提供を受けることができる。

この施設の特筆すべき姿勢であるが、利用するホームレスは「クライアント (Client)」として尊重される。

クライアントはドロップインセンターに初めて来所した際に写真撮影、指紋採取を行って利用登録される。クライアントごとにスタッフがスクリーニングを行い、ケースプランを作成する。そして毎回、入館する際に入口で認証が行われ、施設の利用記録が積み重ねられているのである。

クライアントの約2割には精神疾患があり、CTO (Community Treatment Order) の対象者やドロップインセンターからクリニックに通院しているものもいる。薬物やアルコール依存者も受け入れており、物質使用を把握したとしても通報はしないとのことであった。もともとホームレス生活に至るまでに、家族や行政機関との信頼関係が破壊されていることが多く、何よりもスタッフとの信頼関係の構築し、ドロップインセンターを安心して利用し続けることができるよう配慮している。

もちろん、クライアント、スタッフ、ボランティア (近隣の学校からボランティアに来る子供たちもいる。) のすべてに安全な施設でなければならないから、一定の規律はもうけられている。例えば、薬物使用で混迷して暴れたり、大声で騒いで他のクライアントに迷惑をかける者は、出入禁止になることもあるとのことであった。もっとも違反者を直ちに排除するのではなく、委員会を開き、クライアント自身も参加してケース会議を行ったうえでルールへの遵守を促している。

施設は6階建である。

1階は、エントランス、医務室、麻薬やアルコールの使用者がデトックスを行う220人が宿泊可能なスペースがある。ベッドはなく、床にマットを敷いている (マットは毎日取り替える)。このデトックスのスペースですら毎晩ほぼ満員になることから、薬物・アルコール中毒の深刻な蔓延が窺える。

2階はカフェテリアであり、キッチン、550名が着席可能なテーブル・イスが備えられている。クライアントはレストランと同様に座っていれば、ボランティアスタッフが食事を運んでもらえる。レストラン利用者と同じようにクライアントが尊重されていることを示しているのである。我々の視察時も空席はほとんどなく、読書や談話をしながら、その日の受付を待つクライアントに占められていた。なお、冬期にはこのカフェテリアも宿泊スペースとなるとのことであった。

3階はサッカー場の4分の3くらいのフロアに、2箇所に分かれて女性70ベッド、男

性270ベッドの一時的な宿泊スペースがある。クライアントはその日指定されたベッドで睡眠をとるのである。毎日、指定されるベッドが異なることもあって、クライアントは毎日のように入れ替わるとのことであった。

4階と5階は同じ構造であり、男性180ベッド 女性35ベッドが設けられている。3階までの階と異なり、指定されたベッドの使用継続ができてロッカーも使用できる。もともと、ひと月に20時間のボランティア活動が義務付けられている。

6階は、職員専用の事務室や会議室などが設けられている。クライアントは基本的に立ち入ることができない。

建物は全館が室内禁煙であるが、指定されたテラスでの喫煙は許容されていた。また、宿泊スペースがあるフロアにはシャワー室、洗濯室があり、クライアントは自由に使用することができる。

また医務室には看護師が常駐している。多数のホームレスが出入りする施設の性質上、抗生物質が効かない伝染病、MRSA、糖尿病をもつ入居者の包帯の取り換えなどに細心の注意を払っている。医師と連携して服薬管理や注射を行っている。

1週間に1回、散髪やフットケアのボランティアが来所するとのことで、保清に配慮しているとのことであった。

施設の職員は、昼間は30～40名（うち常勤看護師2名）、セキュリティー5名、夜間は80人前後である。もともと職員だけでは人手が不足しており、ボランティアの受け入れを積極的に行っており、年間1万1000人のボランティアが活動しており、クライアントも参加するとのことであった。

ドロップインセンターの運営費は、ナイトシェルタープログラムにアルバータ州政府から年間1200万ドル、日中サービスにユナイテッドウェイというファンド、カルガリー市から100万ドルが交付されているが、まったく不足している状況である。そこで募金活動を積極的に行っており、運営予算のおよそ半分は募金やボランティア活動で賄われている。

募金を得るための広報活動も積極的に行っている。ホームレスやドロップインセンターへの偏見を解消するため、真実を伝えるという方針で、教育機関や企業、個人に対する出張講演を行ったり、TVのCM、新聞広告、看板の設置なども行っている。ここ2年は専門業者にマーケティングの依頼もしているとのことであった。

ドロップインセンターでは、何よりもホームレスの生命線となっているという職員の使命感と利用者を「クライアント」として尊重する姿勢が印象的であった。ボランティアの活用、活動資金を得るために様々な募金活動を行いつつ社会的認知を高めていく姿勢は、日本の各種支援団体にも参考になると思われる。