

201516022A

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

平成 27 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山 本 輝 之

平成 28 (2016) 年 3 月

目次

I. 総括研究報告

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究..... 1

山本 輝之 成城大学法学部

(資料) 共通調査項目、事例 1, 2

II. 研究報告

1. 台湾における精神保健医療制度に関する調査・研究..... 19

町野 朔 上智大学名誉教授

①台湾精神医療調査の概要 (町野朔 上智大学名誉教授)

②台湾「精神衛生法」の制定と改正

(富山侑美 北海道大学大学院法学研究科博士後期課程)

③台湾の強制入院手続における患者の権利保護

(飯野海彦 北海道学園大学法学部教授)

④台湾の精神医療の現在 (高柳功 医療法人社団四方会有沢橋病院 理事長・院長

谷野亮一郎 医療法人社団和敬会谷野呉山病院 院長)

⑤台湾における強制入院の実際 (松木崇 横浜仲通り法律事務所 弁護士、

高柳功 医療法人社団四方会有沢橋病院 理事長・院長

谷野亮一郎 医療法人社団和敬会谷野呉山病院 院長)

(資料)

1. 台湾精神衛生法和訳

2-1. 心口司への質問 (日本語文)

2-2. 台湾心口司への質問 (中国語訳)

2-3. 台湾心口司への質問 (英文)

2. イタリアにおける精神保健医療福祉の概要..... 75

藤井 千代 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 社会復帰研究部長

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

吉岡 眞吾 国立病院機構東尾張病院 司法精神医学部長

(資料)

1. 共通調査項目 (イタリア語版)

2. 事例 1 (イタリア語版)

3. 事例 2 (イタリア語版)

総括研究報告

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

山本 輝之

成城大学法学部

平成 27 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）

総括研究年度終了報告書

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

研究代表者 山本輝之 成城大学法学部教授

研究要旨

平成 25 年の精神保健福祉法（以下、「改正法」あるいは「法」）の改正により、保護者制度が廃止され、それとともに、医療保護入院の要件から保護者の同意を削除し、それに代わって、「その家族のうちのいずれかの者の同意」を要件とすることに改められた（法 33 条 1 項）。このような改正の背景には、さまざまな理由が存在すると考えられるが、その 1 つとして、保護者の同意を要件としない入院形態を新たに導入する場合、精神障害者の権利を擁護するための仕組みを新たに構築することが必要となるが、そのための十分な検討が未だなされていないということがあるように思われる。他方、このような改正に対しては、①精神障害者家族の負担を軽減するということが、保護者制度を廃止する大きな理由の 1 つであったにもかかわらず、今回の改正は、それを解消することにならない、②保護者制度の廃止の基礎には、地域精神医療の推進があつたにもかかわらず、今回の改正は、依然として家族を精神障害者の医療とケアの責任者とする思想を維持するものであり、地域精神医療の実現を阻害することになるなどの多くの問題点も指摘されている。

そのため、改正法附則 8 条は、「政府は、この法律の施行後三年を目途として、新法の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方並びに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。そこで、本研究は、諸外国における精神医療制度に関する法制度、とりわけ、非自発入院及び精神障害者の人権擁護に関する法制度を調査・研究し、その成果を踏まえて、わが国の法制度の新たな構築に向けて現実的で実現可能な具体的な提言を行うことを目的とするものである。最終年度である平成 27 年度は、①台湾、②イタリアについて、調査・研究を行い、わが国の医療保護入院制度のあり方を考えるうえで、貴重な示唆を得た。

分担研究者

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）

研究協力者

町野朔（上智大学名誉教授）

高柳功（医療法人社団四方会 有沢橋病院理事長・院長）

谷野亮一郎（医療法人社団和敬会 谷野呉山病院院長）

松木崇（横浜伸通り法律事務所・弁護士）

飯野海彦（北海学園大学教授）

富山侑美（北海道大学大学院法学研究科博士後期課程）

藤井千代（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・社会復帰研究部長）

吉岡真吾（国立病院機構東尾張病院司法精神医学部長）

A 研究目的

平成 25 年の精神保健福祉法（以下、「改正法」あるいは「法」）の改正により、保護者制度が廃止され、それとともに、医療保護入院の要件から保護者の同意を削除し、それに代わって、「その家族のうちいずれかの者の同意」を要件とすることに改められた（法 33 条 1 項）。しかし、これに対しては、さまざまな問題点が指摘されている。そこで、本研究は、諸外国における精神医療制度に関する法制度、とりわけ、非自発入院及び精神障害者の人権擁護に関する法制度を調査・研究し、その成果を踏まえて、わが国の法制度の新たな構築に向けて現実的で実現可能な具体的な提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法

研究最終年度である平成 27 年度は、①台湾（2015 年 11 月 2 日～11 月 4 日）、②イタリア（2016 年 2 月 1 日～2 月 5 日）について調査・研究を行った。1)「共通調査用紙」（資料参照）、2)「仮想事例 1、2」（資料参照）を作成・翻訳し、事前に各国の訪問先に送付した後、分担研究者、研究協力者を派遣し、法執行機関、医療現場などを訪問していただき、それぞれの担当者に面接し、1)、2)に基づいてインタビューを行い、その成果を報告書として作成していただいた。

C. 研究結果

(1) 台湾

台湾においては、①2007 年に改正された台湾精神衛生法における強制入院、強制地域医療の実際、②精神医療における精神障害者の家族の役割、③精神障害者の人権の保護などの調査を行った（具体的な調査日程および訪問先については、町野朔「台湾精神医療調査の概要」を参照）。

(2) イタリア

イタリアにおいては、①同国における強制入院の制度、②地域精神保健医療福祉サービスについて調査を行った。また、同国においては、2014 年から司法精神病院の閉鎖が開始されたが、そのことが、地域精神保健医療福祉システムに大きな影響を与え、触法精神障害者の地域における処遇をめぐって新たな課題に直面していることから、その実態を調査するため、旧司法病院であるマントヴァ県 Castiglione delle Stiviere を訪問し、スタッフとの面談を行った（具体的な日程および訪問先については、藤井

千代「イタリアにおける精神保健医療福祉の概要」（以下、「藤井報告書」）を参照）。

D. 考察

(1) 台湾

①強制入院制度

台湾においては、1990年に「精神衛生法」が成立したが、その時から入院制度としては、日本の措置入院に相当する強制入院制度しかなく、医療保護入院に該当するものは存在していなかった。このような体制は、2007年の改正法においても維持されている（台湾精神衛生法の生成過程とその内容の詳細については、富山侑美「台湾『精神衛生法』の制定と改正」（以下、「富山報告書」）を参照）。しかし、この強制入院の手続は、日本の措置入院のそれに比べて厳格であり、煩瑣であること（手続の詳細については、飯野海彦「台湾の強制入院手続における患者の権利保障」（以下、「飯野報告書」）を参照）および強制入院の費用は中央政府（心口司）が支払わなければならないという医療経済的な理由により、台湾における強制入院の比率は極端に低く、入院者の大部分は、精神衛生法に規定のない、患者本人の同意による「一般入院」によるものとなっているのが実態のようである（このような実態の詳細については、高柳功・谷野亮一郎「台湾の精神科医療の現在」（以下、「高柳・谷野報告書」）を参照）。また、この一般入院においては、かなり意思能力の減退した状態の患者についても入院への同意を認めるのが実際のものであり、そのような患者は、保護人がいなければ入院手続をとることが難しいということから、保護人の同意がその実際上の要

件となっているようである。

なお、事例1、2について、台湾の精神衛生法では、①対象者が「重度精神障害者」であること、②対象者に「他傷、自傷または傷害の恐れ」があること、の2つが強制入院の要件となっていることから、2つの事例においては、①の要件は満たしているが、事例1については、②の要件が満たされていないため、強制入院は認められないというのが、ほぼ一致した回答であった（詳細については、松木崇・高柳・谷野亮一郎「台湾における強制入院の実際」を参照）。

②強制地域医療制度

これは、1990年法には規定されておらず、2007年の改正法で初めて規定された治療システムである（その内容・要件・手続の詳細については、富山、飯野、高柳・谷野各報告書を参照）。これは、1) 強制入院により病床が埋まってしまうことを回避する、2) 一度入院治療を受けた者の条件付き退院の手段としてこのよう制度を活用することにより、できるだけ地域と連携した精神医療の実現を図るという目的で導入されたものである。このような制度は、わが国の精神保健福祉法には存在しておらず、今後の同法の改正にあたって参考になるものと思われる。もっとも、台湾においては、この制度が適用されたケースはほとんどないようである。それは、1) 実際に患者に強制的に服薬をさせることは困難である、2) この制度によって治療ができる程度ならば家族の同意で入院させることができる、という理由によるようである（高柳・谷野報告参照）。わが国の精神保健福祉法に導入する際には、このような点も踏まえて検討する

ことが必要である。

③精神障害者の家族の役割

台湾の精神衛生法には、わが国では廃止された保護者制度と類似した「保護人」の制度が存在する（法 19 条）が、台湾においては、前述したように、保護人の同意による強制入院の制度は存在しない。そのため、台湾では、わが国の精神保健福祉法における医療保護入院にあたるようなケースについては、医師が患者本人に入念なインフォームド・コンセントを行い、患者本人の同意を得ることによって一般入院として処理し、家族はその入院手続の段階に限ってかわるにすぎないとされている。これは、入院は、あくまでも精神障害者本人の意思と責任においてなされるものであるとすることにより、家族の責任と負担を軽減しようとするものであり、わが国においても参考とすべきものである。もっとも、台湾においては、患者本人の同意が半ば強制的に取られているという実態があり、その点で、精神障害者の権利擁護という点で問題があるという課題も存在する（詳細については、富山報告書参照）。

④精神障害者の人権の保障

2007 年に改正された精神衛生法は、まず、

1) 1990 年法では見送られていた、強制入院に関する「審査会制度」を導入した。これにより、精神障害者の権利擁護の義務と責任を家族から社会や専門家に委ねることとする体制が整備されたことになる。審査会では、強制入院の要件を厳格に審査するため、書面審理だけではなく、テレビモニターを通じて、医療施設に居る担当医師や

鑑定に当たった指定医師とミーティングを行い、重度精神障害者に直接問診も行われている。そのほか、2007 年法においては、2) 緊急安置の制度、3) 強制入院についての裁判所への不服申し立て制度、4) NGO に対する強制治療についての監督権限の付与などが導入により手続的保障が整備され、精神障害者の人権保障の制度が一段と充実した。このような、台湾における精神障害者に対する強制治療における手続的保障のあり方は、わが国における精神保健福祉法の改正においても大いに参考になるものと思われる（詳細については、飯野報告書参照）。

(2) イタリア

①強制入院制度の概要

強制入院に関する規定は、1987 年の法 833 号 33～35 条に定められている。その概要は、以下のようなものである（詳細については、藤井報告書参照）。

1) 要件

ア) 何らかの精神疾患があり、緊急の医学的治療が必要であること、イ) 本人が治療を拒否していること、ウ) 入院以外には即時に適切な治療を提供する方法がないこと。

2) 手続

ア) 触法精神障害者以外の者については、2 名の医師が、当該患者に強制入院が必要と判断した場合、市長に強制治療（Trattamento Sanitario Obbligatorio, TSO）の申請をし、市長が承認の可否を判断する。承認された場合は、7 日を限度に強制入院が可能となり、必要に応じて延長

ができる。

強制入院に対する異議申し立ては、強制入院の適切性を管理する責任を負っている、州の治安判事に対して行う。異議申し立ては、誰が行ってもよいとされている。

イ) 触法精神障害者については、逮捕、勾留後、裁判官によりその者に意思能力がないと判断された場合、専用の精神科病床に7日間を限度とする強制入院となり（手続により延長可能）、その間に、その後の処遇（刑務所に戻る、旧司法精神病院に転院等）が決定される。処遇の最終決定は、裁判官が行う。処遇の決定は、臨床的判断よりも司法的判断が優勢される傾向にある。

なお、事例1、2について、精神医療関係者にインタビューしたところ、イタリアでは、両事例とも、市長の承認による強制入院で対応することになるとのことであった。

②司法精神病院

イタリアでは、2012年に成立した法律により、司法精神病院の閉鎖とそれに代わる小ユニットの居住施設の設置が決定され、2014年に新たに発行された法律により、2015年3月までに司法精神病院を閉鎖することが決まった。法律施行後は、旧司法精神病院は、**Residential services for mental rehabilitation (REMS)** に名称を変更し、「病院」ではなく、「施設」と位置付けられた。もっとも、そのような名称変更がなされたとはいえ、「施設」は、旧病院の建物を一部改装したものであるため、窓には鉄格子がはめられたままであり、敷地の周囲は、わが国の医療観察法病棟の周囲にあるよりもはるかに高い柵が張り巡らされ、

脱走防止のために武器を携行した警官が常時パトロールを行っている。

新たな法律では、触法精神障害者がREMSに入所できるのは、本来受けるべき刑期の範囲内のみであり、その期間を過ぎれば退所させなければならないこととされたため、このことが、現在地域において非常に問題とされており、退所後の患者を継続的にモニタリングできるシステムをウェブ上に構築中とのことであった（詳細については、藤井報告書参照）。

そのほか、③イタリアの精神病床、④総合病院精神科、⑤若者の居住施設などについて、調査を行った（詳細については、藤井報告書参照）

その結果、イタリアの精神科医療は、わが国のそれと比較して、入院を長期化させないための地域の受入れ体制やケアマネジメントにおいて優れており、これらの点は、今後のわが国の精神保健医療体制の構築において、大いに参考になるものと思われる。

E. 結論

台湾とイタリアにおける強制入院制度について、文献調査と聞き取り調査を行った。

台湾の強制入院制度は、わが国の措置入院に相当するもののみであり、2007年の法改正でもこのような体制は維持された。新たに「地域社会における強制治療」（強制地域医療）が導入されるとともに、強制入院・強制地域医療の審査機関として「審査会」が設置されるなど、精神障害者の人権擁護のための制度が強化されていた。

イタリアにおける強制入院制度は、2人の医師の診断に基づき、市長が承認する制

度であり、わが国の措置入院制度と大きな相違はないが、入院を長期化させないための地域の受入れ体制やケアマネジメントの体制整備が進んでいた。

いずれの国の制度も、今後のわが国における医療保護入院のあり方を考えるうえで、貴重な示唆を与えるものであった。

F. 健康危険情報

なし。

G. 研究発表

論文発表

山本輝之「医療観察法における法的課題の検討」日本社会精神医学会雑誌 25 巻 1 号
(2016 年 2 月 25 日刊行予定) 78—84 頁。

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) 医者以外で関与する人は、どのような資格の人で、それはどのように選任されるか。
- 3) また、そのような人はどのように養成しているか。

Common Survey Questions

(1) Overview of the entire legal system

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

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

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

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

(3) Overview of hospitals for observation

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

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

(4)-1 Involuntary hospitalization:

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

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

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

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

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

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

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

6) Who pays the hospitalization expenses in such cases?

(4)-2 Voluntary hospitalizations:

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

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

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

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

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

(9) Regarding hospital discharge

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

(10) People involved in hospitalization and discharge procedures

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

資料 2

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

【患者の状況】46歳、女性、既往症なし。連絡可能な親族はいない。

【相談までの経緯】

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

【入院が必要と判断した理由】

- ・環境担当者が訪問したところ、自宅の中、外にもゴミがあふれ、いわゆる「ゴミ屋敷」状態であった。本人は、玄関先で「これは必要なものです」と繰り返すのみで、担当者と目を合わせようとしない。
- ・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。

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、窓にエアークリ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.

研究報告書

台湾における精神保健医療制度に関する調査・研究

町野 朔

上智大学名誉教授