

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

アメリカ合衆国調査の概要

川本 哲郎

同志社大学法学部

15:45-16:45 衆保健局成人ケア部)
 Dr. Stephen Hall,
 Director, Adult
 Psychiatric Inpatient
 Unit, Langley Porter
 Institute, University
 of California
 (カリフォルニア大学精
 神科入院治療部)

10月31日(木)
 9:30 ~ Creedmoor Psychiatric
 Center
 (クリードムア精神科病院)

9:30-10:30 meeting with
 Dr. W. A. Fisher
 and other senior
 administrators

10:30-11:30 tour

12:30-13:30 lunch and
 further discussion.

11月1日(金)
 10:00~ Kirby Forensic
 Psychiatric Center
 (カービー司法精神科病院)

15:30 ~ 17:30 New York City Field
 Office (ニューヨーク市
 死亡精神医療部) Dr.
 Li-Wen Lee, MD
 Medical Director,
 Division of Forensic
 Services NYS Office of
 Mental Health

C. 研究結果

1. サンフランシスコ市の精神医療

(1) 強制入院

初回は72時間が上限で、2回の14日間の延長が可能である。さらに、30日と180日の延長ができる。強制入院の要件は、自傷他害のおそれないしは重大な精神障害である。重大な精神障害 (Gravely Disabled) 者とは、精神障害のために、自己の食事、衣服、シェルターについての個人的需要を満たすことができない者のことである。これらの基本的な需要を進んで提供できる者がいる場合は、「重大な障害」に該当しない。

(1)

また、視察時に訪問した公設弁護事務所において、説明に使用された公設弁護人作成のPPでは、「責任ある家族、友人など、食事などを進んで提供できる人の援助を得て生活できるとき」とされていた。(2)

サンフランシスコ市の強制入院の特徴は、第一に拘束・入院期間が短いこと、第二に、定義や手続きが整備されていること、第三に法律家が関与すること、である。強制入院期間の延長については、それぞれ要件が掲げられ、患者は法律家の援助を受けることが明記されている。また、患者の権利が認められないときには、十分な根拠が必要とされている。

権利を否定するための十分な根拠 (Good Cause) とは、担当している専門家が、「特定の権利を認めると、以下のことを惹起する」と判断するのに十分な理由を認めることである。「以下のこと」とは、①自傷他害、②他人の権利の重大な侵害、③施設に対する重大な損害、そして、その発生を防ぐのに、より制限の少ない方法が存在しないこ

と、である。(3)

また、患者の権利は、入院の条件や、特権、懲罰、スタッフの便宜、治療プログラムの一部として、否定されることはない。権利の否定は、法ないし規則によって認められた人物によってしか行われぬ。そして、その否定は、患者の診療録に記入されなければならない。ひとつの権利が否定されることになっているならば、スタッフは患者にそのことを告知しなければならない。権利の否定はすべて定期的ないし継続的に診査されなければならない。十分な根拠が消滅すれば、権利は復活されなければならない。

(2) 家族の関与、後見人制度

サンフランシスコ市の施設参観時のインタビューでは、家族が障害者の面倒をみることに、「家族のいない人や、家族がいても疎遠な人も多いので、基本的に家族に責任を負わせない。行政が責任を負う」とされていた。サンフランシスコ市ではリベラルな風潮が強いので、「地方税を低所得者に回す」などの施策が実現している。また、保護者制度との関係で注目すべきは、Conservator(後見人)制度である。これは、患者が、精神障害ないし慢性アルコール中毒として、重大な障害を負っていると判断されるとき、患者とその財産、ないしその両者をケアするために、裁判所によって指名された者のことである。後見人は、公務員のときもあれば民間人のときもある。ただし、民間人(家族、友人、弁護士)は少ない。また、後見人は、患者の治療、職業斡旋、財政についての決定を行うことができる。

さらに、この制度を詳しく紹介すると、後見人の決定、検証、監視は検認裁判所(probate court)が行い、対象者は重大な精神障害に罹患した者である。後見人制度開始の手続は専門治療スタッフによって行われ、公設後見人事務所が調査を行い、治療スタッフの意見と同じ場合に、検認裁判所に申し立てを行う。その請求は、制度開始の5日前までに、被後見人に通知される。そして、初回は30日の一時的制度を申請し、その後一般制度に移行する。その際には、公設後見人による報告書が提出される。公設後見人の報告書には、被後見人の医学的、心理的、財政的、家族的、職業的、社会的条件の全ての関連した側面と、対象者の家族、親しい友人、ソーシャルワーカーないしは主たる精神保健セラピストから得られた情報が、記入される。一般後見制度の開始にあたっては、聴聞が実施される。一般後見制度の期間は1年であるが、1年単位で延長が可能とされている。被後見人は、後見制度取消の訴えをすることができる。

(4)

2. ニューヨーク州の入院患者の権利

(1) 精神衛生法に基づく入院

①非正式入院(informal admission)

治療を求めて、正式ないしは文書による申込みを経ないで入院が行われるものであり、患者は、いつでも自由に退院できる。

②自発的入院(voluntary admission)

16歳以上の者が書面で申し込んだときに行われる。18歳以下の場合は、法的保護者(legal guardian)、後見人(custodian)、最近親者(next of kin)が本人に代わって申し込む権利を有する。自発的入院患者は、書

面にて、いつでも退院を請求することができる。18歳以下の場合、入院を申し込んだ者か、同様ないしはより近い関係を有する者、精神衛生法サービス（Mental Hygiene Law Service=MHLS）によって、退院の請求が行われる。

書面で退院を請求した自発的入院患者は、病院長が、その患者が非自発的入院の要件を満たしており入院している必要があると思料するとき以外は、退院させられなければならない。この場合、病院長は、72時間以内に、患者の入院を継続する許可を求めて、裁判官に請求しなければならない。

非正式入院と自発的入院の場合は、定期的に、身分と権利についての情報を提供されなければならない。さらに、年に1回、院長とMHLSは、入院の妥当性と希望についての審査を行う。

③非自発的入院(involuntary admission)

これには、以下の3類型がある。

・2人の精神科医による医学的証明によるもの。

法的保護者や、後見人、最近親者、主治医、同居人などの患者に親しい者による入院申込みが必要とされる。

・社会福祉機関の長ないしは、その長によって指名された診察医による証明によるもの。これには、対象者が、重大な自傷他害を招くおそれが高い精神疾患に罹患しており、かつ、その精神疾患に対して、即座の入院治療が適切であることが記入される。この場合、72時間以内の診察が必要である。入院が認められたときの入院の上限は60日である。

・緊急入院。

対象者が、重大な自傷他害を招くおそれ

が高い精神疾患に罹患しており、かつ、その精神疾患に対して、即座の観察ないし入院治療が適切であるときに行われる。この場合、48時間以内の診察が必要である。入院の上限は15日である。これを超えるときは、第1の形態に移行する。

(2) 保護者 (guardians)

患者に法的無能力が認められるときは、裁判所が保護者を指定する。保護者の典型は友人や親戚である。手続時には、MHLSや他の法律家の代理が得られる。

(3) 退院 (discharge)

退院は、治療チームないし裁判官の決定による。その際には、治療計画が作成される。

(4) 法的援助 (legal assistance)

MHLSは、入院から生じる全てのことについての、法的サービス、代理を含む「助言と援助」を提供する。MHLSは、ニューヨーク州最高裁判所の機関であり、精神衛生局やほかの精神医療センターの機関ではない。MHLSのメンバーは、法律家もしくは法律の教育を受けたソーシャルワーカーである。その役割は、入院患者としての権利を患者が理解するのを助けることと、患者の権利の擁護である。

患者が入院に反対していれば、MHLSは、裁判官の前での聴聞を手配する。患者の選任する弁護士がいなければ、MHLSが代理をするか、法律家を見つける。他の精神科医の意見を求めることも可能である。患者の虐待や不適切な治療についての不満を調査することなども行っている。

註

(1) California Department of Mental

Health, Rights for Individuals in Mental Health Facilities, 2004, p. 28.

(2) 「SF における触法精神障害者強制入院退院手続」参照。

(3) California Department of Mental Health, op. cit., p. 26.

(4) The superior court of California County of San Francisco, Mental Health Conservatorship, 2013.

(5) State of New York, Rights of inpatients in New York State psychiatric centers, 2011.

(なお、英文の資料は、いずれも施設参観時に入手した資料である)

D. 考察

サンフランシスコ市の強制入院の特徴は、第一に拘束・入院期間が短いこと、第二に、定義や手続きが整備されていること、第三に法律家が関与すること、である。また、基本的に家族に責任を負わせない。行政が責任を負う制度が採用されている。

ニューヨーク市においても、サンフランシスコ市と同様の特徴が見て取れるが、ニューヨーク市の精神医療は、サンフランシスコ市ほど細分化はされていないが、それでも日本よりも木目細かな処遇を行っている。また、サンフランシスコ市との大きな違いは、強制入院の要件として、「重大な障害」が置かれていないことである。

E. 結論

精神科の強制入院患者の人権擁護に関して、アメリカ合衆国のサンフランシスコ市とニューヨーク市の状況を調査した結果、我が国よりも、制度としては優れていると

いう結論が導かれた。上記の考察のところで述べたように、第一に、強制入院を行うに当たっては、法律家が関与し、詳細な手続きを設け、できるだけ入院期間を短くしていることが挙げられる。第二には、患者のケアという面において、東アジアに位置する我が国よりも、家族に依存することは少なく、行政がケアの責任を負っている部分が多いことが特徴である。以上の根拠に基づいて、上記の結論を得た。

F. 健康危険情報

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

< 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、窓にエアークッション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