

10 日以降 患者はいつでも自由と拘留裁判官に聴聞を要求できる

1 か月目 強制入院者および非同意治療者

精神科医(int)1名の診断書、ついで毎月、
患者が事前に要求した場合を除き、聴聞は6か月ごと

注意

国会代理人決定入院 ASPRE の毎月診断書は第一日の1か月後に書かれる
第三者申請入院 ASDT の毎診断書は8日目診断書作成日の1か月後に書かれる

6 か月目 強制入院者

自由と拘留裁判官 JLD による聴聞
聴聞の8日前までに診断書作成

6か月目 :治療プログラム中患者は関係しない

1 年目 強制入院者および非同意治療者

患者に関係する審査会 Le COLLEGE Patients oncernés :

第三者申請入院 ASDT について

-強制入院が1年経過したとき

-第三者申請治療プログラム患者

国家代理決定入院について(修正されASDTと同じになる予定):

-過去10年間に処遇困難病棟 UMD への移送歴あり

-または、過去10年間に責任無能力歴あり

資料 3

サントナンヌ病院 ホームページ

○歴史

サンルーの妻プロバンスのマルゲリット館は、15 世紀に、サンテとあだ名されたサニタ・サン・マルセルの「サンテ（健康）の館」になり、1650 年ころ、オーストリアのアンが伝染病、特にペストの病者の居住目的で病院を建設しサントナンヌと命名した。この施設は、比較的近くにあるビセートルホスピスの収容者の働く農園になった。

1863 年、ナポレオン 3 世はパリ・サントナンヌ農園の地に、精神病院を創設し、精神病の治療、研究、教育の場にしようと計画し、臨床避難所アジールと名づけた。セーヌ県知事オースマンが、この企画を担った。

1867 年 5 月 1 日に最初の患者が入院した。サントナンヌは、精神病患者を保護し、限られた手段しかなかったが病者を治療し、非常に重要で深化した医学研究を展開した。しかし、偏見が成果を覆い隠した。

1892 年、歯科、外来診療（入所を減らす目的で無料）、外科治療病棟で、清潔区域と不潔区域の厳密な区画、入院病室、産科、放射線・細菌・生化学検査科をもつ病棟を開発した。

1922 年に、エドワール ツールーズによって、精神科予防センターが開設され、最初の自由診療実施

1941 年、フランスで最初の脳波研究室設置

1947 年、幼児の生物-精神病理部門創設

1952 年、最初の向精神薬クロルプロマジンの臨床試験実施。脳定位手術も開始。

1970 年以降、精神科のセクター化がされ、院外診療所、治療後ホーム、デイホスピタル、ナイトホスピタル、治療アパートが創設され、治療の場と民衆が近づいた。

○セクターって何？

パリ県は、他のフランス県と同様に、地理的ゾーンで分画されている。これらのゾーンはセクターと呼ばれ、居住者の人口に応じて、パリの区そのものであったり、さらに分割される。この分画は、人口でなされ（平均 8 万人）、多職種治療チームが住民のケアにあたる。したがって、地域住民に対する機能としてセクターの概念が意味をもつ。1985 年 7 月 25 日および 12 月 31 日法により、セクターが導入された。

○精神科部門組織

- ・セクター 14：大学病院精神保健治療サービス
- ・脳精神障害大学病院クリニック
- ・セクター 3：パリ 5・6・14・15・16 区担当
- ・セクター 13：パリ 14 区担当
- ・セクター 15：パリ 15 区救急一般 25 床・老人精神 11 床 Relai クリニック 19 床
- ・セクター 16：パリ 15 区 Javel 地区 精神分析
- ・セクター 18：16-24 歳思春期
- ・矯正精神医療サービス SPMP
- ・嗜癖サービス（月から金）
- ・精神保健・対排除支援（精神科機動チーム・治療的アトリエ）
- ・保健省オリエンテーション受け入れセンター le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil

(CPOA)：パリ全域を対象に指示している。

○嗜癮サービス

(アヘン、たばこ、アルコール、大麻、コカイン、合成麻薬の嗜癮の専門の医学) ー心理学相談。相談は無料で匿名である。

- ・月から金で午前は予約なしで、午後は予約。

(活動)

- ・ 活動 個人・家族心理ケア。
- ・ 出張や代替療法の処方。
- ・ 座談グループ、患者や取り巻きについての情報。
- ・ 病院への技術的アクセス：生物学、神経画像、専門相談
- ・ 公共健康の教育 研究 専門鑑定の極
- ・ 生命線協会への専門的介入援助
- ・ 嗜癮サービスは、入院サービス、精神衛生ケアサービス、嗜癮サービス、自由医師、社会構造と共同作業をしている。

○病院外組織

- ・ 医学心理センターLes centres médico-psychologiques・・・市中にあり日中の受け入れ：入院を必要としない相談、外来診療、予防、在宅医療
- ・ 部分時間治療受け入れセンターLes centres d'accueil thérapeutique à temps partiel・・・支持的またはグループ治療活動で自立をめざし維持。部分時間対応
- ・ 治療後ホームLes foyers de postcure・・・急性期後、ケア継続や自立の観点でリハビリ支援
- ・ デイケアLes hôpitaux de jour・・・規則的ケアが必要だが、完全入院が不要な患者に関与

○救急サービス

- ・ 受け入れとオリエンテーション精神科センター le Centre Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil (CPOA)・・・健康省組織で、パリの3つのセクター全域を対象に方向指示する。
- ・ 危機受け入れセンターLes centres d'accueil et de crise・・・24時間開き、受け入れ、ケア、方向指示、緊急や長期入院不要な短期入所を可能にし、緊急支援をする。
- ・ 危機受け入れサービス Les services d'accueil et d'urgence・・・総合病院に埋め込まれ、住居のより近くで精神医学的危機ケアが可能。患者は、その状態に応じて、入院構造や入院外構造にオリエンテーションされる

資料 4

<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。

CAS 1 : Hospitalisation à répétition, schizophrène, vit seule, poursuite d'une hospitalisation sociale suite à des plaintes du voisinage

[Situation du patient] 46 ans, femme, pas d'antécédents. Aucun contact avec des proches.

[Circonstances jusqu'à la consultation]

- Enfant unique. Pas d'anomalie de développement pendant la période périnatale. Sans-emploi après le collège.

- X - 25 ans (21 ans) : S'enfuit avec son petit ami et coupe dès lors contact avec le foyer familial.

- X - 20 ans (26 ans) : Consultation à l'hôpital psychiatrique après s'être plainte à son mari que « quelqu'un la suivait ». Hospitalisation volontaire pendant 3 mois après un diagnostic de schizophrénie. Par la suite, ayant tendance à arrêter la prise de médicaments, elle répète 2 hospitalisations pour mise sous protection et soins médicaux ainsi que 5 hospitalisations volontaires.

- Le déclin de ses fonctions cognitives et de ses capacités dans la vie quotidienne devenant frappant, son mari en vient progressivement à s'occuper de la quasi-totalité des travaux ménagers.

- X - 1 an (45 ans) : Mort de son mari dans un accident de la route. Vit sur la pension pour le conjoint survivant ainsi que sur l'assurance vie de son mari. S'enferme progressivement chez elle, ne se rend plus à l'hôpital de manière régulière et subit des insomnies prolongées.

- An X : Amasse les déchets chez elle et ramène même de l'extérieur des déchets de grande dimension ayant été jetés à l'endroit de collecte des ordures. Petit à petit, les déchets s'amoncellent jusque devant chez elle dégageant une odeur insupportable et gênant les allers et venues. Embarrassés, des voisins sont allés consulter le service chargé de l'environnement à la mairie et le responsable a visité son domicile.

[Raison pour laquelle son hospitalisation a été indispensable]

- À la visite du responsable de l'environnement, les déchets abondaient autant à l'intérieur du logement qu'à l'extérieur : c'était une « résidence à déchets ». La patiente ne faisait que répéter sur le pas de la porte que « tous ces objets étaient nécessaires » sans essayer d'établir de contact visuel avec celui-ci.

- Le responsable de l'environnement, jugeant que le comportement de la patiente était dû à un problème psychiatrique, consulta l'infirmier municipal de santé publique. Lorsque cet infirmier se rendit chez elle, elle se cachait au milieu des déchets malgré la puanteur.

- Par la suite, l'infirmier effectua plusieurs visites et comprit que la patiente avait un dossier médical en psychiatrie. Il accompagna la patiente pour une consultation à l'hôpital après l'avoir persuadé. Le psychiatre, désigné par la loi, lui proposa une hospitalisation, mais elle n'accepta pas en persistant à dire qu'il « était plus sûr de se cacher chez elle qu'à l'hôpital ».

- Le psychiatre jugea nécessaire une hospitalisation pour mise sous protection et soins médicaux avec l'accord du chef de la collectivité locale en considérant que (1) une aggravation de son état pathologique et un impact sur le plan de la gestion sanitaire suite à l'arrêt de la prise de médicaments étaient à craindre et que (2) l'augmentation des nuisances envers le voisinage dues à

ses délires suite à une aggravation de son état pathologique était à craindre.

[Situation pendant l'hospitalisation]

- Le mois suivant son hospitalisation, mis à part lors des repas, des besoins et de la toilette, elle parlait toute seule enveloppée dans son lit. Cependant, avec la régulation de sa prise de médicaments, son état mental s'améliora peu à peu. Grâce aux sollicitations des infirmiers et de l'ergothérapeute, ses activités et ses capacités dans la vie quotidienne s'améliorèrent, mais sa prise de conscience de sa maladie était toujours insuffisante.
- 6 mois après son hospitalisation, elle fut expulsée du logement qu'elle occupait auparavant. Or, d'après l'épisode qui précéda son hospitalisation, il semble difficile qu'elle puisse vivre seule et par ailleurs, aucun foyer n'est disposé à l'accueillir. Il en résulte que, malgré l'amélioration de son état pathologique, la poursuite d'une hospitalisation sociale semble être la seule solution..

資料 5

＜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が続いている。

CAS 2 : Non traité, schizophrène, vit avec sa famille, les relations familiales mauvaises à la base se sont dégradées davantage avec l'hospitalisation

[Situation du patient] 38 ans, homme, pas d'antécédents. Mauvaises relations avec sa sœur et sa nièce lors de leurs venues.

[Circonstances jusqu'à la consultation]

- 2^{ème} enfant d'une famille de deux enfants. Pas d'anomalie de développement pendant la période périnatale. Après le collège, a travaillé dans le transport en changeant souvent d'emploi. S'enferme dans sa chambre depuis X - 4 années. Non marié. Père décédé ; vit seul avec sa mère.
- X - 5 ans (33 ans) : Première consultation volontaire au service de psychiatrie de l'hôpital A suite à des insomnies occasionnelles et une humeur dépressive. Après un diagnostic de « dépression », de la paroxétine lui fut prescrite. Atteint d'un état d'excitation s'apparentant au syndrome d'activation, il fut arrêté puis condamné avec sursis pour vol et violence. Par la suite, il s'enferma chez lui et resta inactif. Il se comportait violemment verbalement et physiquement avec sa mère et sa colère était particulièrement marquée envers sa grande sœur et sa nièce. Des actes anormaux basés sur des délires de persécution furent constatés : il retira la prise téléphonique à son domicile, scella les fenêtres avec du papier bulle, planta de nombreux clous dans la porte de sa chambre, installa un grand nombre de caméras de surveillance en disant qu'il était « écouté » et « surveillé ».
- Sa grande sœur et sa nièce, inquiètes pour leur mère, se rendaient chez eux. Elles se mêlaient du problème et le grondaient. Le patient accumula un sentiment de colère de plus en plus grand envers elles. La mère était embarrassée par la discorde qui régnait entre eux.
- An X : Étant donné que son excitation montait à chaque fois que sa famille l'encourageait à aller se faire soigner dans un service psychiatrique, sa famille partit consulter le centre de santé publique. Cependant, elle ne put avoir recours au service de transport public pour la raison que la procédure était trop complexe. Le 10 mai de l'année X, la famille, en proie à des difficultés, fit appel à un service de transport d'urgence privé et envoya le patient se faire soigner dans un hôpital psychiatrique.

[Raison pour laquelle son hospitalisation a été indispensable]

- Pendant la consultation, il se remémora avec calme les événements jusqu'alors sans montrer trop de signes d'illusion ou de délire. La destination de sa colère se limitait à sa famille. Il nia la nécessité d'un traitement médical. Sa grande sœur et sa nièce, souhaitant fortement qu'il soit hospitalisé en service psychiatrique, rapportèrent son comportement menaçant et son instabilité psychique jusqu'alors. Face à la demande de sa sœur et de sa nièce, il s'excita brusquement et leva la main en criant : « Vous voulez me fourrez ici ! », « Vous allez le regretter ! ». Le psychiatre, désigné par la loi, qui le consultait établit un diagnostic de schizophrénie et conclut, vu son agressivité remarquable envers sa famille et sa difficulté à suivre un traitement externe de manière continue, à la nécessité de soins hospitaliers. Or, le patient n'étant pas d'accord pour être hospitalisé, une hospitalisation pour mise sous protection et soins médicaux fut décidée le jour même avec l'accord de sa mère qui l'accompagnait.

[Situation pendant l'hospitalisation]

- Le psychiatre craignait un comportement impulsif venant de son état d'excitation lors de sa consultation externe et décida après consultation de commencer par l'isoler. On commença à lui administrer 1,5 mg de rispéridone et on cessa l'isolement comme son état d'excitation se calma. Son adaptation au sein du pavillon était bonne et il ne donna pas de signe particulier de délire. Cependant, à chaque rencontre avec sa famille, il présentait un état d'excitation et leur lançait des objets en la criblant d'injures du type : « Vous m'avez hospitalisé sans me demander mon avis. Vous aimeriez bien que je fasse une overdose, c'est ça ! » Au début de l'hospitalisation, on pensait qu'un congé précoce serait possible. Cependant, les relations avec sa famille mauvaises à la base se compliquèrent davantage suite à son hospitalisation sans consentement et on pensa qu'un retour chez lui lors de sa sortie d'hôpital nécessitait une décision prudente et une mise au point avec la famille. Une formation psychologique fut donnée à la famille et après s'être assuré de la sûreté en l'envoyant dormir quelques nuits chez lui, le patient rentra chez lui le 6 juillet de la même année.

[Situation actuelle]

- Au jour d'aujourd'hui, en août de l'année X, le patient continue de se rendre à l'hôpital en traitement externe tout en vivant chez lui. Il continue d'être hostile et impulsif envers sa famille, qui vit tout en le craignant.

資料6 面談記録

家族について

面談をまとめる。日本では本人が迷惑をかけないよう家族がみるべきだという考えが強いが、仏では家族が面倒をみて治療を促進するという規定がない。仏では成人後も親と同居することはまずなく、家族のサインなしでの入院が可能なので、理論的には家族の負担は少なく、無理やり入院させて家族が恨まれるケースは日本ほど多くない。しかし、家族の治療参加は重要である。患者に何が起きているのかを家族と考えるツールを作り、家族が問題を避けることができるようになった。

○太田博昭先生 日仏の家族

仏では家族が面倒をみて治療を促進するという規定がない。日本では本人が迷惑をかけないよう家族がみるべきだという考えが強い。仏は公立中心で民間病院管理者は非同意入院を命令できない。仏では、無理やり入院させて家族が恨まれるケースは日本ほど多くない。仏では成人後も親と同居することはまずない。

○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師

入院申請へのサインを家族が拒否できる。家族のサインなしでの入院が可能なので、理論的には家族の負担は少ないといえる。しかし、家族が治療に無関心になる可能性はある。家族がサインし治療参加し感謝する。家族の治療参加は重要である。

○保健省イザベル女史

フランスでも、家族の負担は同じ。家族とともに、統合失調症の診断スケールを作った。それで家族の理解が進んだ。それによって、患者に何が起きているのかを考えるツールも作った。家族が問題を避けることができるようになった。ツールで家族と患者の交流をはかった。

精神衛生法の改正について

○太田博昭医師

精神衛生法は過去の改正で、収容→入院→精神科治療と用語をかせ、今回改正では、非同意治療でも入院になるとは限らず、デイケア等もある。非同意外来治療の中断時に患者を病院に連れに行くかは、セクターしだいだろう。精神障害者の起こした事件が今回の精神衛生法改正のきっかけを作ったという論文があるのは知っているが、それだけで改正されたわけではないだろう。

○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師

一か月に四通も診断書を作成するのは大変で患者を診察する時間がなくなる。自由と拘留裁判官の聴聞・決定が導入され、裁判所との意思疎通が重要になった。裁判官は今まで精神病など知らなかったが、知る必要がでてきた。一見落ち着いていても病気のことがある。例えばパラノイア。非同意外来治療には期待したい。患者の人権は改正でより尊重されている。

即座の危険 *peril imminent* を理由とする入院が改正で導入された。第三者の申請不要で、精神科以外の医師一人の判断で入院可能なので、乱用のリスクがある。乱用を防ぐには、何人もの医師の診断必要になる。

フランスの精神医療全般について

○太田博昭医師

精神科救急について、騒いでいて隣人等が警察を呼ぶと、警察病院や警察保健室を受診する。警察保健室では、精神鑑定も実施する。隣人等が近隣の病院に問い合わせれば、精神科救急受け入れ施設を紹介される。パリでは、サンタンヌにある CPOA 等 4 か所ある。配偶者は一緒にいるから、申請機会は多い。

外国人の場合、山伏のパフォーマンスをしていた日本人が精神異常と間違われて、県知事命令の入院になったことがあるが、何の精神障害もなかった。仏語がうまく話せない妻が、仏人夫のDVを受け、夫が妻を入院させようと、かかりつけ医の判断で即座の危機規定で入院したが、母国語で話すと何の症状もなかった。

フランスの短期入院について、日本では、ちゃんと治ってから退院してほしいと家族から言われて長くなる。多様性に寛容なためか、フランスでは、早く地域にもどる。回転ドアはあるかもしれないが、それでも長期入院よりはいいかもしれない。もともとアパートに住んでいる人は追い出せないなので、退院しやすい。

○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師

入院期間は、平均 3 週間。錯乱で入院し、翌日には解消しデイケアに移行する例や異常酩酊ですぐよくなる例もある。日中病院にいて、夜自宅にいる例や週に 2 日だけ病院というパターンなどを部分入院と呼ぶ。

○サンタンヌ病院 PSW

PSW の仕事は、住居がなかったり収入がない社会的弱者を含めて、このセクターで皆が医療を受けられるようにすることにある。健康保険の加入で医療を提供し、精神病患者の生活支援で家庭を安定させ就労をはかる。そのうえで、県の実施する社会支援を利用する。精神障害の認定は 1 年後に可能になる。それまでの間は、民間支援団体を利用した住居確保もする。

○健康省イザベル女史

帰住先がないことで入院期間が変わることはあるが、少なくなっている。入院長期者がまれになっている。2005 年から、精神障害のハンディがあり自宅退院が困難な人用の施設を作った。フランスでは、昔から精神障害者施設が多くあった。出生率の低下や障害者の社会参入が進み、住居の必要度が少なくなり、上記の施設に転換可能になった。フランスの精神病院は、生活の場ではなくて治療の場にしたい。

セクターと施設の関係だが、病院は医療であり、住居は医療社会扶助ソリダリテナショナルである。受け入れ施設は、県が金を出し、許可をしているが、運営は自立している。民間のことも、病院が運営している場合もある。医療と社会のニーズを満たす人が働いている。入院施設の PSW が施設 PSW と連携する。付き添いサービスにより、自室で PSW やエデュカツールの関与を受ける。

研究報告

イギリスにおける精神保健福祉制度の調査・研究

五十嵐 禎人

千葉大学社会精神保健教育研究センター

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

イギリスにおける精神保健福祉制度の調査・研究

研究分担者 五十嵐 禎人 千葉大学社会精神保健教育研究センター教授

研究要旨

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

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

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

研究協力者

柑本 美和（東海大学大学院実務法学研究科）

城下 裕二（北海道大学大学院法学研究科）

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

山本輝之（成城大学法学部）

A. 研究目的

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

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

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

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

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

ならびにその運用の実態について調査することである。

B. 研究方法

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

訪問調査の対象と日程は、以下のとおりである。

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

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

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

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

2013年11月1日 Prison Reform Trust

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

(倫理面への配慮)

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

C. 研究結果

(1) イギリスの精神保健法の歴史

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

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

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

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

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

(2) 精神障害の定義(1条)

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

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

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

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

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

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

(3) 非自発的入院に関与する専門職

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

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

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

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

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

(4) 非自発的入院に関与する家族等 (26 条)

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

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

(5) 精神保健法の入院形態

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

1) 法外入院

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

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

2) 民事手続きによる非自発的入院

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

a) 評価のための入院

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

b) 治療のための入院

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

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

である。

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

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

c) 評価のための入院と治療のための入院の手続

入院手続きに関しては、評価のための入院と治療のための入院ともに同一である。

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

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

いとされている。

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

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

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

d) 退院手続

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

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

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

3) 救急時に使用される非自発的入院

a) 緊急時の評価のための入院

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

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

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

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

4) 患者本人と直接接触できない場合の対応

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

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

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

D. 考察

イギリスの精神保健法の民事手続きによる非自

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

1) 非自発的入院の対象者について

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

2) 非自発的入院の根拠

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

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

フガードとしては適切な存在ではなかった。

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

3) NR について

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

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

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

E. 結論

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

った。

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

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

謝辞

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

イギリスの非自発的入院

千葉大学
社会精神保健教育研究センター
五十嵐 禎人

イギリスの精神保健法規

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

- Mental Capacity Act 2005

精神障害の定義

精神障害の定義(MHA1983)

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

精神障害の定義(MHA2007)

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

家族などの関与