

を図り、掛かってきた電話番号、所在地の自動表示を求めることができる。

前項の機関は他傷または自傷もしくは傷害の恐れがあることを知り、電話連絡してきた者に対し、電信事業者に該当者の所在地住所とその他の救護所が必要な関連資料を提供するよう求めることができ、電信事業者はそれを拒否することができない。

前2項の職務を遂行した者は、作業の過程及び資料内容等に対し秘密を守らなければならない。漏洩してはならない。

第34条 精神ケア機関は精神障害者が無断で該当機関を離脱した場合に、即時に保護人に通知しなければならない。精神障害者が行方不明の場合は地元の警察機関に報告しなければならない。

警察機関は前項の無断に機関を離脱した精神障害者を発見した場合は、元機関に通知し、送り返すことを支援しなければならない。

第5章 精神医療ケア業務

第35条 精神障害者の精神医療ケアはその病状の程度、傷害の危険の有無により、下記の方法を取らなければならない。

- 一、 外来診療
- 二、 救急診療
- 三、 全日入院
- 四、 昼間の在院
- 五、 地域社会における精神リハビリテーション
- 六、 在宅治療
- 七、 その他のケア

前項の在宅治療方法及び認定基準は、中央主務機関がこれを定めるものとする。

第36条 精神医療機関は精神障害者を診断治療し、または精神障害者の入院時に、本人及びその保護人に病状、治療方針、治療後の状況、入院理由及びその享有すべき権利などの関連事項を説明しなければならない。

第37条 精神医療機関は精神障害者の安全を守るため、精神障害者に告知した後にその活動区域の範囲を制限することができる。

精神医療機関は医療の目的または緊急の暴力的事故、自殺、自傷の事件を防止するため、精神障害者の身体を拘束し、または行動の自由を特定の保護施設内で制限することができ、かつ、定期的に評価し、必要以上の時間を超えた制限をしてはならない。

精神医療機関以外の精神ケア機関は緊急の暴力的事故、自殺、自傷などの事件を防止するため、精神障害者の身体を拘束することができ、かつ、即時に病院に送ることができる。

前2項の身体の拘束または行動自由の制限は戒具またはその他の不正な方法で行ってはならない。

第 38 条 精神医療機関は入院した精神障害者の病状が安定または回復し、継続的入院治療の必要がない場合は、本人または保護人に通知し、退院手続きを取らせるべきであり、故意に留置してはならない。

精神医療機関は精神障害者が退院する前に精神障害者とその保護人を支援するために具体的で実行可能なリハビリテーション、他の施設の照会、委託、安置と追跡計画を作成しなければならない。

政令指定都市、県（市）主務機関は精神障害者の病院への移送及び緊急安置の医療業務を支援、処理するため、管轄区内に 24 時間緊急精神医療処置体制を構築しなければならない。

第 39 条 中央主務機関は、精神衛生関連機関や団体が病人の地域社会ケア、支持及びリハビリテーションなどの支援サービスに従事するよう、奨励しなければならない。

前項のサービスに従事する機関、団体、及び職員の資格条件、サービスの内容、作業方法、管理及び奨励規定は、中央主務機関が国の社会行政、労働及び教育主管期間と連携を図りながらこれを定めるものとする。

第 40 条 政令指定都市、県（市）主務機関は主体的にまたは関連の専門機関、団体に委託して精神障害者のケアニーズを評価し、必要に応じて適切なサービスを提供する機関、団体を紹介することができる。第 29 条第 3 項規定により通報された重度精神障害者に対しては、地域社会ケア、支持及びリハビリテーションなどのサービスを提供しなければならない。

第 41 条 重度精神障害者で他傷、自傷、または傷害の恐れがあり、専門医師の診断により、終日入院治療の必要があると診断された者について、その保護人は重度精神障害者を支援し、精神医療機関に入院手続きを取らなければならない。

前項の重度精神障害者が終日入院治療を拒んだ場合、政令指定都市、県（市）主務機関は緊急的に安置するよう精神医療機関を指定し、かつ、政令指定都市、県（市）主務機関が指定した二名以上の専門医師による強制鑑定を行うことができる。但し、離島地区においては、その強制鑑定は一名のみの専門医師が実施することができる。

前項の強制鑑定の結果により、また全日入院治療の必要があると判断された場合は、重度精神障害者の意見を聞き、それでも拒否する場合、または自己の意思を表現できない場合は、強制入院基本資料と通報表を即時に作成し、かつ、この重度精神障害者及びその保護人の意見と関連診断書類を添付し、審査会に強制入院の許可を申請しなければならない。審査会は強制入院の可否の決定を重度精神障害者とその保護人に送達しなければならない。

第 2 項の緊急的な安置及び前項の強制入院許可の申請は政令指定都市、県（市）主務機関が指定の精神医療機関に委託して行う。緊急安置、強制入院の申請手続、必要な書類とその他の遵守すべき事項の規定は、中央主務機関がこれを定めるものとする。

第 42 条 緊急的な安置期間は 5 日間を超えてはならず、かつ、重度精神障害者の権益保護

と必要な治療を行うよう注意しなければならない。強制鑑定は緊急的な安置の日から2日以内に終えなければならない。鑑定の結果、強制入院の必要性はなく、または前述の5日期間内に強制入院許可を取らなかった場合は即時に緊急安置を停止しなければならない。

強制入院期間は60日を超えてはならない。但し、2名以上の政令指定都市、県（市）主務機関の指定専門医師の鑑定により延長する必要がある、かつ、審査会の許可を得た場合はそれを延長することができる。その延長期間は1回につき60日を限度とする。強制入院期間において重度精神障害者の病状が改善され、引き続き入院する必要のない場合は指定の精神医療機関は直ちに退院手続きを取り、政令指定都市、県（市）主務機関に通報しなければならない。強制入院満期または審査会が引き続き強制入院の必要性がないと認められた者は前述と同じ取扱いとなる。

緊急安置、強制入院させられた重度精神障害者またはその保護人は裁判所にその緊急安置と強制入院停止の決定を申立てることができる。重度精神障害者またはその保護人は裁判所の決定に不服の場合は決定の送達後10日以内に抗告を申立てることができるが、抗告した裁判所の決定に対し、再抗告を申立てることはできない。申し立てと抗告の期間においては重度精神障害者に対し引き続き緊急安置または強制入院させることができる。

前項の申立て及び抗告期間中に裁判所が重度精神障害者の利益を保障する必要があると判断した場合は、その申立てにより先に一定の緊急措置を取る決定を申し立てることができる。緊急措置の決定に対し不服を申立てることはできない。

中央主務機関が認可した精神障害者の権益を促進する関係団体は、強制治療、緊急安置に対し、事例別の監督と監査を行うことができる。不適切な事情を発見した場合は即時に各主務機関に改善するよう通知しなければならない、並びに、重度精神障害者の最良の利益を図るため第三項規定を準用し、

第3項の申立て及び前条第3項の申請は電信ファックスまたはその他のIT設備により行うことができる。

第43条 専門医師が以下各号の情況に当たる場合は第41条第2項及び前条第1項、第2項規定の鑑定をしてはならない。

- 一、 本人が精神障害者であること
- 二、 本人が精神障害者の保護人または利害関係者であること

第44条 国及び政令指定都市、県（市）主務機関は必要時に、指定の精神医療機関が行った強制入院業務を検査し、または関係の業務報告の提出を命じることができる。指定の精神医療機関はそれを拒否することができない。

前項の報告の審査と業務の検査について、国及び政令指定都市、県（市）主務機関は関係機関または団体に委託することができる。

第45条 重度精神障害者が医師の指示を遵守せず、病状が不安定または生活機能が退化す

る恐れがあり、専門医師の診断により地域社会治療を受けさせる必要があると判断された場合、その保護人は重度精神障害者を支援し、地域社会における治療を受けさせなければならない。

前項の重度精神障害者が地域社会における治療を拒んだ場合、政令指定都市、県（市）主務機関は指定専門医師により地域社会における治療を受けさせる必要があると診断され、重度精神障害者が治療を拒絶または自己の意思を表現できない場合は、地域社会における強制的治療基本資料表と通報表を即時に作成し、かつ、重度精神障害者及びその保護人の意見及び関連の診断書類を添付し、事前に審査会に地域社会における強制的治療の許可を申請しなければならない。審査会は地域社会における強制的治療の可否の決定を重度精神障害者とその保護人に送達しなければならない。

地域社会における強制的治療は6月を超えてはならない。但し、政令指定都市、県（市）主務機関の指定専門医師の診断により延長する必要がある、かつ、審査会の許可を得た場合はそれを延長することができる。延長期間は1回につき1年を限度とする。強制地域社会治療期間中に重度精神障害者の病状が改善され、引き続き入院する必要のない場合は地域社会における強制的治療を行った機関、団体は直ちに地域社会における強制的治療を停止し、政令指定都市、県（市）主務機関に通報しなければならない。地域社会における強制的治療の満期または審査会が引き続き地域社会における強制的治療の必要性がないと認めた者は前述と同じ取扱いとなる。

中央主務機関が認可した精神障害者の権益を促進する関係団体は、地域社会における強制的治療に対し事例別の監督と監査をすることができ、不適切な事情を発見した場合は即時に各主務機関に改善するよう通知しなければならない。

第2項の申請は電信ファックスまたはその他のIT設備により行うことができる。

第46条 地域社会における強制的治療の項目は下記の通りであり、複数の項目を合わせて行うことができる。

- 一、薬物治療
 - 二、血液または尿中の薬物濃度検査
 - 三、アルコールまたはその他の依存症物質のスクリーニング
 - 四、その他の病状の悪化を防止、または患者の生活適応機能を向上する措置
- 地域社会における強制的治療は重度精神障害者に告知しないような方法で行うことができる。必要時に警察または消防機関の協力を要請して執行することができる。

第1項の地域社会における強制的治療においての重度精神障害者の診断条件、方法、申請手続、提出すべき書類、実施機関、団体の資格条件、管理及びその他の遵守すべき事項の規定は中央主務機関がこれを定めるものとする。

第47条 教育病院は精神疾患治療の必要に応じて計画を立て、医療技術者、法律専門家、及び社会福祉士等による審査会議を通過した後に下記の特種治療方法を実施することができる。

できる。

- 一、精神外科手術
- 二、その他の中央主務機関が公告した特殊な治療方法

第 48 条 教育病院は前項の特殊治療方法を実施する期間において中央主務機関に治療状況の報告書を提出しなければならない。中央主務機関により安全に問題が生ずる恐れがあると判断された場合、教育病院は即時にその治療方法を取り止めなければならない。

第 49 条 精神医療機関は精神障害者の病状に緊急性があり、1名の専門医師により必要性が認められ、かつ、第 50 条の規定による同意を得た後に、下記の治療方法を実施することができる。

- 一、電気けいれん治療
- 二、その他の中央主務機関が公告した治療方法

第 50 条 第 47 条及び前項の治療方法を実施する精神医療機関は、医療上必要な注意を尽くし、説明した上で、かつ下記の規定による書面での同意を得た後に、これを実施することができる。

- 一、精神障害者が成人である場合は本人の同意を得なければならない。但し、重度精神障害者の場合はその保護人のみの同意を得ることができる。
- 二、精神障害者が 7 歳未満の未成年者である場合は、その法定代理人の同意を得なければならない。
- 三、精神障害者が 7 歳以上の未成年者の場合は、本人とその法定代理人の同意を得なければならない。但し、重度精神障害者の場合はその法定代理人のみの同意を得ることができる。

第 6 章 罰則

第 51 条 教育病院が第 47 条、第 48 条、または精神医療機関が第 49 条、または第 50 条の規定のいずれかを違反した場合には新台幣ドル 6 万元以上 30 万元以下の過料に処する。嚴重違反者には過料と 1 年以下の業務停止処分を併科する。

教育病院でない者が第 47 条の特殊治療を実施した場合には、新台幣ドル 20 万元以上 100 万元以下の過料に処する。嚴重違反者は過料と 1 年以下の業務停止処分を併科し、またはその開業許可書を取消す。

第 52 条 第 23 条の規定に違反したマスメディアは新台幣ドル 10 万元以上 50 万元以下の過料に処し、かつ期限内に訂正しなければならない。期限までに訂正しない者は、徒過した日数に応じて過料に処する。

第 53 条 第 30 条第 1 項、第 2 項の規定を違反した者及びその責任者は新台幣ドル 6 千元以上 3 万元以下の過料に処する。

第 54 条 下記に該当する者は新台幣ドル 3 万元以上 15 万元以下の過料に処すると共に、期限を設けて改善を命じる。期限までに改善しない者または嚴重違反者は 1 月以上 1 年

以下の業務停止処分を科し、またはその開業許可書を取消す。

- 一、精神リハビリテーション機関が第16条第2項の設置または管理の規定に違反した場合
- 二、精神医療機関が第41条第2項、第3項または第42条で規定する手続を取らずに、緊急安置または精神障害者を強制入院させた場合
- 三、精神医療機関が第45条で規定した診断または申請手続を取らずに、精神障害者に地域社会における強制的治療を受けさせた場合
- 四、精神ケア機関が第37条の規定に違反した場合

第55条 第22条、第24条、第25条、第29条第3項、第34条第1項、第38条のいずれかの規定に違反した者は、新台幣ドル3万元以上15万元以下の過料に処する。

第56条 第33条第3項の規定に違反した者は新台幣ドル2万元以上10万元以下の過料に処する。

第57条 第18条各項のいずれかの規定に違反した者は新台幣ドル3万元以上15万元以下の過料に処し、かつ、その氏名を公表することができる。

精神障害者の保護人が第18条各項のいずれの規定に違反した場合、前項の規定による処罰を科す他に、政令指定都市、県（市）主務機関はその保護人に政令指定都市、県（市）の社会行政主務機関が実施する8時間以上50時間以下の指導教育を受けるよう命じ、必要な費用を徴収する。必要な費用に関する自治規定は政令指定都市、県（市）の社会行政主務機関がこれを定めるものとする。

前項の指導教育を拒む者または受けた教育時間が足りない者は新台幣ドル3千元以上1万5千元以下の過料に処する。また、通知を受けたにも関わらず指導教育を受けない者は参加するまでに連続して過料に処することができる。

第58条 精神ケア機関が本法の関連規定に違反した場合は、本法第51条、第54条、第55条の規定に基づく処罰を科す他に、その行為者にも該当条文で規定した過料に処する。

第59条 この法律で規定した過料は私立の精神ケア機関においてその担当医師または責任者に科する。但し、精神ケア機関においては処罰を受けた行為者が同一である場合は重ねて処罰を科さない。

第60条 この法律で規定した過料、業務停止及び開業許可書の取消は下記の項目を除き、政令指定都市、県（市）主務機関が処罰を科す。

- 一、第51条第1項の過料は中央主務機関が科す。
- 二、第52条は中央主務機関または政令指定都市、県（市）の主務機関が処罰を科す。

第7章 附則

第61条 中華民國96年（2007）6月5日に改正された本法が施行される前に、旧規定により強制入院していた者について、指定精神医療機関は施行した日から2月以内に、審

査会に継続強制入院を申請しなければならない。

第 62 条 この法律の施行規則は中央主務機関がこれを定めるものとする。

第 63 条 この法律は公布 1 年後に施行する。

台湾心口司への質問事項 「地域精神医療研究会」より

2015/11/3

Q1. 精神科病院について

- ① 台湾の全人口に対する精神科病院のベッド数の割合はどの程度か？
- ② 入院患者のうち、強制入院による入院者の割合はどの程度か？
- ③ 精神科病院以外に、精神障害者を入院させている施設はあるか？その場合、不任意の収容はあるか？もし精神科病院以外への収容があるのなら、入所者数はどの程度であるか？

Q2. 強制入院について

- ① 台湾法は日本法のように「任意入院」を明確に規定していないと思われるが、この理解は正しいか？もしそうだとすると、これによって任意入院の運用に問題が生じることはないか？
- ② 台湾では「保護人」の代理同意による入院が任意入院と理解される傾向があると認識している。この理解は正しいか？だとしたら、Q1②に対する回答はどうなるか？
- ③ 別添のファイルにある事例 1.および 2.はどのように対応されるか。台湾では強制入院で対応することが可能か？
- ④ 法 41 条 3 項による「審査会」の手続は具体的にどのようになっているのか？対審的聴聞はあるのか、書面審理だけか？精神障害者の権利の保障について問題はないか？
- ⑤ 精神障害者、保護人、精神障害者の権利保護団体は、裁判所に対して強制治療を中止するなどの申立をすることができる（41 条 3 項～5 項）。これはどの程度用いられている手段であるか？
- ⑥ 台湾では、法 41 条 1 項以外に、精神科救急の方法があるか？

Q3. 強制地域精神医療（強制社区治療）について

- ① 年間に何件の強制地域精神医療が行われているか？
- ② 強制治療の方法は？強制投薬、強制注射は行われることがあるか？その場合、警察官あるいは消防官が援助することはあるか？
- ③ 日本の心神喪失者等医療観察法は、精神障害者が地域精神医療に従わなかったときには、裁判所の決定により指定精神病院に入院させるというシステムを持っている。なぜ、台湾法はこのような方法をとらなかったのか？

Q4. 精神医療の費用

- ① 入院医療、通院医療に必要な費用は、1日について平均的にどれくらいか？
- ② 入院医療に要する費用のうち「全民健康保険」はどの程度カバーしているのか？任意入院患者は、1日平均どの程度支払うことになるか？
- ③ 台湾では強制入院については、全額、国庫負担だが（26条1項）、強制地域医療については「全民健康保険」でカバーされない部分だけということになっている（26条2項）。これはどのような理由によるのか？

町野朔教授社區照護與精神醫學研究群

謹向心口司請教之問題

洪士軒（訳）

2015/11/3

Q1. 關於精神專科醫院及綜合醫院精神科診療

- ① 臺灣精神科總病床數為多少？與總人口數之比例為何（例如，每十萬人口有幾張病床？）？精神專科醫院之病床數為多少？與總人口的比例為何（例如，每十萬人口有幾張病床？）？
- ② 精神科專科醫院每年約有多少精神科住院人次？在這之中，大約有多少人次住院為強制住院？
- ③ 非精神科專科醫院的精神科病床數（包含自願住院及強制住院之服務）為多少？在這些病床中，每年大概多少精神科住院人次？其中大約有多少人次為強制住院？

Q2. 關於強制住院

- ① 我們以為臺灣精神衛生法並沒有明訂關於自願住院的實施方式與內容，請問是否正確？我們的瞭解是正確的，請問此一狀況是否在精神衛生法之實踐上帶來不便？
- ② 我們以為保護人同意住院在臺灣精神衛生法乃屬於自願住院的範圍，請問是否正確？若保護人同意住院乃是「強制住院」的一種樣態，那麼 貴司對於上述 Q1.②問題的答案是什麼？
- ③ 關於另一個檔案中，個案 1 與個案 2 的情況，按照臺灣精神衛生法，應如何處理？貴司會認為這兩個個案各自為強制住院或自願住院？
- ④ 在經過 5 天緊急安置之後（內？），審查會判斷是否強制住院的程序為何？是否為「對抗式」（adversary）的聽審，或者為書面審查？貴司認為此種程序是否能夠保障病人之權利？
- ⑤ 病人或其保護人得向法院聲請停止緊急安置或強制住院程序，請問這個系統的運用是否

頻繁？（或者，每年大約幾人次？）

- ⑥ 除了依據精神精神衛生法第 41 條規定的緊急安置外，有沒有其他緊急精神醫療照顧系統之設置？

Q3. 關於強制社區治療

- ① 臺灣每一年大約有多少強制社區治療之個案？
- ② 強制社區治療的提供方式為何？強制給藥或強制注射的使用是否頻繁？警察或消防人員是否有協助精神醫療團隊執行強制治療之工作？
- ③ 為何強制社區治療不採用比較「溫和的」(less drastic) 再住院 (re-hospitalization) 手段呢？

Q4. 關於精神科治療的成本

- ① 臺灣目前每人次精神科住院治療及精神科門診治療的平均成本大約為何？
- ② 精神科住院治療的成本，大概有多少比例由全民健保支付？平均病人每天自費支付的金額為多少？

臺灣政府負擔所有強制住院的費用，但是，在強制社區治療的情況，政府負擔的的費用僅限於全民健保沒有給付的部分，為什麼？

Questions to the Department of Mental and Oral Health From the Study Group “Community Care and Psychiatry”

Saku Machino + Miwa Kojimoto

2015/11/3

Q1. About Mental Hospital

- ① What is the approximate ratio of mental hospital beds to the overall population?
- ② Of these, approximately how many are cases of involuntary hospitalization?
- ③ Are there any institutions which accept psychiatric patients voluntarily or involuntarily, in addition to mental hospitals? If so, how many, approximately, such patients are committed there?

Q2. About Involuntary Hospitalization

- ① We understand your law does not stipulate voluntary admission in mental hospital. Is this correct? If so, does this cause any inconvenience resulting from this?
- ② We understand admission by the consent of “protector” (保護人) has been considered in Taiwan as voluntary admission. Is this correct? If you regard this type of hospitalization as involuntary, what is the answer to the question 1.②?
- ③ With the cases 1 & 2 (see the attached file), how do you handle? Do you correspond to cases of involuntary hospitalization or voluntary hospitalization?
- ④ How is the Review Committee (審査会) judgment process in Paragraph 3 of the Article 41? An adversary hearing or an examination by means of documents? Do you think is it satisfactory for the protection of patient’ s rights?
- ⑤ The patients or their protectors are able to make a petition to a court to stop the mandatory hospitalization process. Is this system used frequently?
- ⑥ Do you have psychiatric emergency care system besides the provision Art.41 ?

Q3. About Mandatory Community Treatment

- ① How many mandatory community treatment cases do you have in a year?
- ② How is the compulsory treatment given? Is the involuntary medication or the involuntary injection used frequently? Do policemen or firefighters assist psychiatric treatment team to practice mandatory treatment?
- ③ Why was a less drastic means of re-hospitalization not adopted for the mandatory community treatment?

Q4. About Costs of Psychiatric Treatment

- ① What is the average cost of the hospital treatment and of the outpatient treatment?
- ② Of the inpatient treatment costs, how much percentage is covered by your Universal Health Care (全民健康保險)? And how much does a patient pay a day on average?
- ③ The Government bears all the cost of involuntary hospitalization, but, in the case of mandatory community treatment, the amount of money the Government pays is deducted by that of Universal Health Care coverage. Why?

研究報告書

イタリアにおける精神保健医療福祉の概要

藤井 千代

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

研究報告書

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究
イタリアにおける精神保健医療福祉の概要

研究協力者 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

研究要旨：イタリア共和国のトスカーナ州アレッツォおよびロンバルディア州コモの地域精神保健センターとその関連施設、ロンバルディア州マントヴァの旧司法精神病院等を訪問し、非同意入院に関する法制度の説明を受け、施設を見学した。強制入院は各総合病院に 15 床を上限に設置された精神科病床および認定私立精神科病床で行われており、平均在院日数は約 2 週間である。退院後の帰住先は病状や社会的背景によりさまざまであるが、再入院の予防や地域生活のための準備期間として地域精神保健センター内にある部屋や、行動制限のある「居住施設」で生活することも多い。2014 年から開始された司（法精神病院の閉鎖は地域精神保健医療福祉システムに大きな影響を及ぼし、イタリアは、触法精神障害者の地域における処遇をめぐる新たな課題に直面している。イタリアは「精神科病院を廃止した国」として知られ、非同意入院の割合も他の欧米諸国に比較して低いものの、我が国の制度改正の参考とする際には「精神科病床」の定義や触法精神障害者への対応の違いなども慎重に考慮しなくてはならない。

A. 研究目的

イタリアにおける非同意入院の制度および地域精神保健医療福祉サービスについて調査し、精神障害者の人権保護と地域精神医療の方向性を含み、我が国における精神医療の今後のあり方を検討することを目的とする。

B. 研究方法

「共通調査用紙」および「仮想事例」をイタリア語に翻訳し（資料 1～3）、事前に訪問先に送付し、それに基づき地域精神科医療の実務担当者にインタビューを行った。アレッツォではイタリア語通訳を介したインタビューを行い、その他の訪問先では英語による面談を実施した。

現地調査は、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）が実施した。調査日程は以下の通りである。

平成 28 年 2 月 1 日

アレッツォ地域精神保健センター長
Giampiero Cesari 医師と面接

若年の精神障害者の社会復帰を目的とする居住施設の訪問、スタッフおよび利用者との面接
同 2 月 2 日

アレッツォ県の総合病院であるサンドナート病院精神科の訪問、スタッフとの面接
同 2 月 3 日

ミラノ市内のロンバルディア州庁舎において、ロンバルディア州精神保健サービス担当行政官との面接

同 2 月 4 日

マントヴァ県 Castiglione delle Stiviere (旧司法精神病院) 訪問、スタッフとの面接

同 2 月 5 日

コモ地域精神保健センター訪問、前センター長 Antonio Mastroeni 医師および現センター長他スタッフとの面接

コモ県の総合病院であるサンタ・アンナ病院精神科の訪問、スタッフとの面接

C. 研究結果

1. イタリアの精神病床

トスカーナ州は、公的精神病床は 308 床、認定私立精神病床は 156 床あり、人口 1 万人あたり 0.977 床である。ロンバルディア州は、公的精神病床 862 床、認定私立精神病床 14 床、人口 1 万人あたり 1.061 床である。認定私立病床は、病棟の規格、スタッフ配置など公的病院と同等の基準をクリアしており、強制入院にも対応可能である。この他に、認定されていない私立精神病床が存在するが、その数も医療の内容も明らかではない。

2. イタリアにおける非自発的入院

イタリアにおける非自発的入院の根拠となる法律は、1978 年の法 833 号 33-35 条である。法の適用条件は、①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、②本人が治療を拒否していること、③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である。触法精神障害者以外の非自発的入院は、以下の手順により行われる。2 名の医師が、当該患者に非自発的入院が必要と判断した場合、市長に強制的治療 (Trattamento Sanitario Obbligatorio, TSO) の申請をし、市長が承認か非承認かの判断を行う。承認された場合は 7 日を限度に非自発的入院が可能となり、必要に

応じた入院期間の延長もできる。TSO 申請の判断をする医師は、原則的には必ずしも精神科医である必要はないが、これは州によって状況が若干異なる。今回訪問したトスカーナ州では、2 人の医師のうち 1 人は精神科医である必要があり、その精神科医は 4 年間の精神科医としてのトレーニングを終えた後に州が実施する一種の資格試験に合格していなくてはならない。ロンバルディア州では、必ずしも精神科医である必要はない。非自発入院に際しては、看護師や医師の同行で病院まで連れて行くなど、できるだけ強制性の少ない方法を試みるが、興奮が激しい場合など医療者のみでの対応が困難と判断されれば警察の協力により病院に搬送される。7 日ごとに入院期間の延長申請を行い、入院期間の上限は規定されていない。平均在院日数は 2 週間であり、同意による入院も、非自発的入院も在院日数はほぼ同程度である。

州の治安判事には非自発的入院の適切性を管理する責任があり、非自発的入院の異議申し立ては患者本人や家族、友人を含む誰が行ってもよい。行動制限中の患者であっても、治安判事への異議申し立ての手紙や電話は制限されないが、今回面接した精神科医で、異議申し立てをされた経験のある医師はいなかった。

法に触れる行為をした精神障害者については、逮捕、拘留の後、裁判官によりその者に刑事責任能力がないと判断されれば専用の精神病床に 7 日間を限度とする入院となり(手続きにより延長可能)、入院中にその後の処遇が決定される。刑務所に戻る場合、旧司法精神病院への転院等、処遇の最終決定は裁判官による。処遇の決定は、臨床的判断よりも司法判断が優先される傾向にあり、犯した罪の重さなどが処遇に影響する。

アレッツォでは、昨年 1 年間に 180 人が精神病床に入院し、うち 27 人が市長の承認に

よる非自発的入院、1人は裁判官の命令による強制入院であった。市長の承認による非自発的入院は統合失調症、双極性障害が多いが、裁判官命令による強制入院は、その他に知的障害やパーソナリティ障害の患者もしばしば含まれるが正確な統計は不明である。

入院費用に関しては、公立および認定私立病床に入院する場合は州の負担となり、非自発的入院であっても、同意入院であっても、患者に入院費用が請求されることはない。

事例に関しては、Giampiero Cesari 医師（アレツォ）および Antonio Mastroeni 医師（コモ）にインタビューを行い、不明点については後日メールにて問い合わせを行った。両医師の見解はほぼ同様であり、事例1、2ともに、イタリアでは市長の承認による非自発的入院に対応することになるとのことであった。本人が診察を拒否している場合でも、GP（かかりつけ医）もしくは精神科医が自宅を訪問して診察し、必要があれば市長に非同院入院を申請する。病院までの移動に際して興奮が激しい場合など、医療者のみで対応が困難な場合は警察官の協力により病院まで搬送する。事例1については、ゴミのため近隣住民への公衆衛生上の問題が生じていることが非自発的入院の要件のひとつとなる。事例2については、家族との関係性が問題であるが、イタリアでは非自発的入院に家族が法的に関わることはなく、たとえ家族から入院の依頼があった場合でも、医師は、非自発的入院を決定したのは家族ではなく医師2名であり、すべての責任は医師にあることを説明する必要がある。入院中には家族への心理教育をはじめとする家族と本人との関係改善のためのアプローチが行われ、家族のもとに戻れる状態にまで改善すれば、自宅への退院が考慮される。関係改善が困難な場合は、居住施設などに退院し、施設において、家族との関係改

善のための介入が続けられる。

3. 総合病院精神科

アレツォのサンドナート病院の稼働精神病床は7床であり、触法精神障害者が入院できる病床として2床を新たに整備中であった。この病院所属の医師は2名であり、50%は病棟業務、残りは外来や往診、居住施設での診察などの業務を行う。病棟での当直はなく、オンコール体制をとる。多くは電話対応のみで、時に緊急入院などで夜間・土日に対応することがある。12人の看護師が3交代で勤務する他、教育専門職（心理教育などを行う）が配置されている。

コモのサンタ・アンナ病院は17床の精神科病床を有し、2人部屋が8つ、一人部屋が1つであった。このうち2つは外来者用のベッドである。コモでは、精神科を退院となった後の再入院を予防し、地域での生活を円滑に送れることを目指して、総合病院精神科を退院した後に必要に応じて地域精神保健センター内のベッド（2人部屋、8ベット）の利用を勧めている。センターのベッドの平均使用期間は3ヵ月であり、この間ケースマネジメントを行うことにより再入院率が減少したとのことであった。

4. イタリアの司法精神病院

2015年以前は、イタリアには6つの司法精神病院が存在し、1600人程度が入院していた。司法精神病院の治療環境は劣悪であり、入院患者の処遇は人権侵害に当たるとの指摘が国内外からなされていた。

イタリアの司法精神医療改革は2008年頃から開始された。それまで法務省の管轄であった司法精神医療が保健省の管轄となり、各自治体が、裁判システムおよび刑務所における医療、司法精神病院内の医療に責任を持つことにな

った。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た。財政上の理由により法律は実行されなかったが、2014年に新たに発効された法律により、期限内（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。

今回視察した旧 Castiglione 司法精神病院は、法律施行後 residential services for mental rehabilitation (REMS) に名称を変更し、「病院」ではなく「施設」と位置づけられた。名称変更後、新たに34人の専門職が雇用され、入居者のリハビリテーション、退所の促進に力を入れている。REMSは8つの小ユニットから構成されており、REMS入所後はまず評価のためのユニットに入り、アセスメントが実施される。当初評価ユニットへの入所期間は3ヵ月を想定していたが、入所者が多く、実質的には1.5ヵ月で別のユニットへ移ることになる。パーソナリティ障害の人のためのユニット、精神病圏の人のためのユニット、知的障害の人のためのユニットなどが計画されている。

リハビリテーションは、リハビリテーション活動のための棟で行われており、グループワーク、裁縫、工作、ビデオ鑑賞、料理等、日本の作業療法とほぼ同様の活動が行われていた。

「病院」から「施設」と名称を変えたとはいえ、「施設」は旧病院の建物を一部改装したものであり、新たに建築されたものではない。窓には鉄格子がはめられたままであり、敷地の周囲は日本の医療観察法病棟の周囲にある柵よりもはるかに高い柵が張り巡らされ、脱走防止のため武器を携帯した警官により常時パトロールが行われている。以前は病棟の中にも警官が配置されていたが、現在では病棟の中には入らないことになっている。部屋の多くは4

人部屋であり、必要時は隔離拘束も行われる。家族の面会は登録制である。面会については、依然として刑務所の面会室のような部屋が使用されることもあり、状況の改善を試みているとのことであった。旧司法精神病院時代のスタッフと、新たに雇用されたスタッフでは対応の仕方や考え方が違うことも多く、スタッフをまとめる上での課題は多いという。

Castiglione 司法精神病院は、司法精神病院改革の前からリハビリテーションを重視してきた病院であり、早くから監視よりも医療に力点を置いていたことで知られている。そのため他の5つの旧司法精神病院と比較して実質的な改革が進んでいるとされ、依然として劣悪な環境下にある他の旧司法精神病院を避けて旧 Castiglione 司法精神病院に患者が送られる傾向にあるため、施設は定員オーバーの状態が続いている。

新法では、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期間のみであり、その期間を過ぎれば退所させなくてはならない。これが現在、地域において非常に問題視されており、退所後の患者を継続的にモニタリングするシステムをウェブ上に構築中である。

刑務所内で服役中の人の中にも相当数の精神障害者が存在し（正確な数は不明）、地域精神保健センターからメンタルヘルsteamが刑務所に訪問し、メンタルケアを提供している。ロンバルディア州では、新法成立後、刑務所内に新たに精神科病床を30床設置した。

5. 居住施設

今回の視察では、アレツォ市街にある、若者のための居住施設を見学した。病院の敷地内にあり、18～40歳までを対象としている。見学時点の入居者は、男性5人、女性2人で

あった。スタッフは、教育専門職が4人、セラピストが1人、看護師が2人、精神科医が1人、事務職員が1人である。夜間、休日も当番制でスタッフが常駐する。医師は、定期のミーティング以外は随時の訪問を行う。個人のリハビリテーションプログラムは精神科医と教育係によって計画され、個別ニーズに則したケアが提供される。退所前には担当の教育専門職が決められ、退所後も相談することができる。共同生活による社会復帰の促進を目的としており、料理や食材の買い出しは入居者が当番制で行う。月曜日と木曜日には、11:00～13:00にグループミーティングが行われる。リハビリテーションの一環として、居住施設から仕事に通う場合もある。入所期間は原則として最長2年間であるが、例外的に延長される場合もある。退所後は、共同体の所有するケア付きのアパートでさらに2～3年を過ごす場合もあれば、家族との同居や一人暮らしを始める場合など、入所者の状況に応じて検討される。

居住施設の入り口は施錠されており、外から部外者が許可なく入ることはできないが、内側からの解錠は可能である(入口には監視カメラが設置されている)。ただし外出には医師の許可が必要であり、食材の買い出しなどの際にはスタッフが付き添う。起床は8時半で、部屋から出てこない場合はスタッフが部屋を確認する。服薬状況についてもスタッフが確認することになっている。外出は許可があれば24時まで可能である。テレビ、冷蔵庫は共用であり、テレビ視聴は23時半まで、居室内での食事は禁止されている。インターネットに依存したり、不適切な電話の使い方のため人間関係が悪化することがある等の理由から、個人でのパソコンや携帯電話の所有は禁止されているが、仕事上の必要性がある場合など、例外的に許可されることもある。

居住施設の目的は施設ごとに異なっており、施設ごとに対応は異なる。見学した施設の近くには、より重症の人を対象とした施設もあるとのことであった。

D. 考察

イタリアは法180号の成立により、精神病院の廃止という画期的な精神医療改革が実行された。このため我が国では、イタリアではあたかも精神科の入院医療は行われていないかのような紹介をされることもある。しかし実際には総合病院精神科には15床を上限とする精神病床が存在し、認定私立精神病床もあることは公式データにも記されている。さらには、その数や医療内容は明らかではないものの、未認可の私立精神病床も存在するということが、現地の精神医療関係者へのインタビューで明らかになった。また、事例1、2に関しては、イタリアにおいても非自発的入院が必要との判断がなされ、我が国の医療保護入院の判断基準と大きな隔たりはないものと推察された。

イタリアで「居住施設」と呼ばれる精神障害者のための施設については、今回は1箇所のみでの訪問であったためその全体像を明らかにすることはできないが、比較的社会的復帰の促進に力を入れている若者向けの施設であっても、持ち物制限や外出制限があり、毎日の日課も決められているなど、我が国のグループホームなどより管理的な対応がとられており、我が国の定義では「開放病棟」に近い環境であった。とはいえ居室は個室であり、主治医とは別に個別に担当の「教育専門職」がつき、個別のリハビリテーション計画を立てて継続性のあるケアを提供するなど、我が国と比較すると個性の高いケアマネジメントが行われているという印象であった。またイタリアでは、できるだけ地域でメンタルケアを提供できるように、地域精

神保健センターからのアウトリーチによる医療およびケアの提供が重視されている。

すなわち、日本もイタリアも、非自発的入院の要件や手続きには大きな相違はないものの、イタリアの場合は長期の入院とならないための、十分な管理が可能な居住施設やアウトリーチによる医療の提供が可能な体制が充実している。これは我が国が現在目指している精神保健医療福祉の方向性と一致する。

今回十分に状況が把握できなかったのは、地域でのケアが困難な精神障害者への対応である。一部は旧司法精神病院（REMS）で対応しているようであるが、触法精神障害者の処遇のあり方が地域で問題となっている中、いわゆる困難事例への対応は、イタリアにおいても大きな課題のひとつであると考えられる。これらを踏まえ、今後の地域精神医療体制の変化についてさらに調査を行うことが必要であると思われる。

E. 結論

イタリアの非自発的入院の仕組みは我が国と大きな相違はないものの、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は我が国と比較して優れており、今後我が国において地域生活中心の精神保健医療福祉体制を構築するにあたり学ぶ点が多い。イタリアでは2014年より司法精神病院を施設に転換するという、法180号では着手できなかったさらなる精神医療改革を始めたところであり、今後の改革の動向が注目される。

F. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
なし

G. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし