

精神保健医療に関する制度の国際比較

研究分担者：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）

研究協力者：五十嵐 禎人（千葉大学社会精神保健教育研究センター 法システム研究部門）、菊池 安希子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、椎名 明大（千葉大学社会精神保健教育研究センター治療・社会復帰支援研究部門）、紫藤 昌彦（紫藤クリニック）、鈴木 友理子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）、船津 邦比古（医療法人光陽会 伊都の丘病院）、山本 輝之（成城大学法学部）

要旨

本研究の目的は、諸外国における精神障害者の処遇とわが国の現状を比較することにより精神保健医療福祉システムに関するわが国の課題を国際的な視野から明らかにし、その結果を踏まえてわが国の精神保健医療福祉システム改善のための具体的な提言を行うことである。研究期間の初年度にあたる本年度は、先行研究および精神保健医療福祉に関する公開資料を基に非自発入院制度とその制度に關与する資格、精神医療の質に関するデータ等の比較を行うとともに、英国の精神医療専門職の教育体制、精神科医療機関のモニタリングおよび人権擁護の仕組み等に関する調査を実施した。

非自発的入院に関する各国の制度

資料1

国	日本	イングランド	フランス	イタリア	カナダ(アルバータ州)	ドイツ	アメリカ	韓国
決定者	①措置入院 都道府県知事、指定都市の市長 ②医療保護入院 精神科病院管理者 ③医療観察法による入院 裁判官と精神保健審判員の合議体	①緊急措置のための入院(最長72時間) 医師1名 ¹⁾ ②入院患者の非同意入院(最長72時間) 医師1名または国家承認を受けた精神保健従事者 ²⁾ ③評議のための入院 医師2名(うち1名は国家承認を受けた精神科医師) ³⁾ ④治療のための入院 医師2名(うち1名は国家承認を受けた精神科医師) ³⁾ ⑤病院命令(医療観察法による入院相当) 裁判所	①国家代理人決定による治療(措置入院相当)知事 ²⁾ ②第三者の申請による治療(医療保護入院相当)施設管理者 ③非同意移送(処遇困難精神等への移送)(医療観察法による入院相当)執行監督司法官 ³⁾	①非同意入院 地方自治体の長 ¹⁾ ②保安処分(司法精神病院への収容)(医療観察法による入院に相当する入院)執行監督司法官 ³⁾	①非同意入院 医師2名 ²⁾ (注:医師は医師2名、うち1名は精神科専門医) ②訴訟無能力もしくは責任無能力の判決が下された被告人の強制入院 裁判所 ³⁾	①非同意入院 裁判官 ¹⁾ ②精神病院収容処分(刑罰) 裁判所 ³⁾	①非同意入院 裁判官 ¹⁾ ②收容命令(保安精神病院への収容) 裁判所	①保護義務者による入院 精神医療機関の長 ¹⁾ ②市・道知事による入院 市・道知事 ²⁾ ③応急入院 精神医療機関の長 ¹⁾ ④治療処分(社会保護法) 裁判官 ³⁾
判断者	①精神保健指定医2名 ②精神保健指定医1名 ③裁判官1名、精神保健判定医1名	①～④決定者と同じ ¹⁾ ⑤医師2名(うち1名は国家承認を受けた精神科医師)	精神科医(判断プロセスには裁判官が関与) ²⁾	①主治医及び別の公立病院の医師 ¹⁾ ②司法精神科医、司法官	①決定者と同じ ²⁾ ②審判委員会(6名以上)の委員、うち最低1名は精神科医 ³⁾	①ほとんどの州では精神科専門医 ¹⁾ ②少数の州では医師 ²⁾ ③裁判所(精神科医の精神鑑定が必要)	①精神科専門医 ¹⁾ ②裁判所(2名の精神科医による精神鑑定が必要)	①精神科専門医 ¹⁾ ②精神科専門医または精神保健専門委員 ²⁾ ③医師および警察官 ³⁾ ④裁判官
判断の中心となる医師	精神保健指定医(③は精神保健判定医)	国家承認を受けた精神科医	精神科医	一般の医師(②を除く)	精神科専門医	精神科専門医	精神科専門医	精神科専門医
判断の中心となる医師となるための資格要件	3年以上の精神科歴 3日間の研修 8つのケースレポート	6年以上の精神科歴 2日間の研修 筆記試験 口頭試験	卒業4年間の専門教育 国家試験	なし	5年以上の精神科歴 口頭試験 筆記試験	5年間の規定のトレーニング(精神科4年、神経科1年) 30分間の口頭試験	4年以上の精神科歴 筆記試験 口頭試験	1年間のインターンシップ 4年間の精神科専門研修 コース終了後に筆記試験および口頭試験
判断の中心となる医師の資格更新	5年毎 研修会への参加	5年毎 必要書類(更新に必要な臨床経験、トレーニングの経験を示す履歴書等)の提出 研修会への参加 ³⁾	なし	なし	研修会への参加	期限なし	10年毎 研修会への参加 筆記試験	研修会への参加
判断者に係る医師数(100万人あたり)	115人 総数は14,707人(2016年) ⁴⁾	192人 精神科専門医数は12,041人 ¹⁾ (2013年データ) このうちの国家承認を受けた精神科医師数は不明	241人 医師総数は15,171人 ²⁾ (2015年データ)	9943人 医師総数は234,928人 ³⁾ (2013年データ)(海外勤務中を除く) 精神科専門医数は5,924人 ³⁾ (2014年データ)	174人 精神科専門医数は5,924人 ³⁾ (2014年データ)	221人 精神科専門医数は17,813人 ¹⁾ (2014年データ)	147人 精神科専門医数は45,698人 ¹⁾ (2013年データ)	74人 精神科専門医数は3,650人 ¹⁾ (2014年データ)

1) 厚生労働科学研究 精神障害者への対応への国際比較に関する研究(主任研究者:中根允文)
 2) 精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究(主任研究者:山本輝之)
 3) compulsory Admission and involuntary treatment of mental ill patients
 4) Psychiatric Emergency Services in the United States
 5) Royal College of Psychiatrists
 6) 厚生労働省精神・障害保健課課へ
 7) OECD, OEGD Health Statistics 2015, July 2015.
 8) 野野原 ほか編「脱法精神障害者の処遇 増補版」(信山社、2006)

資料2

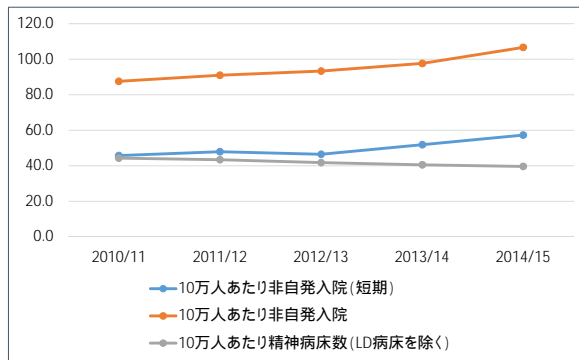
年間非同意入院患者数の比較

	日本(2015年)	イングランド(2015年)	フランス(2011年)	ドイツ(2013年)
年間非同意入院患者数	措置入院 7,106 医療保護入院 177,640 緊急措置入院 (措置入院に移行した者を除く、医療保護入院等に移行した者を含む) 467 応急入院 (医療保護入院等に移行した者を含む) 2,810 医療観察法入院処遇 255 合計 188,278 (出典:衛生行政報告例、保護統計統計表 観察所別 生活環境調査事件の開始及び終結(医療観察法第33条第1項の申立て))	評価のための入院、治療のための入院等 61,926 司法精神科領域の入院 1,696 72時間以内の入院(他の入院形態に移行した者を除く) 24,656 合計 88,278 (出典:Community and Mental Health Team, NHS Digital: In-patients formally detained in hospitals under the Mental Health Act 1983, and patients subject to supervised community treatment: 2015/16, Annual figures)	76,670 (出典:厚生労働科学研究「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)	世話法による入院 57,176 刑法上の処分による入院 82,435 (出典:Henking und Vollmann: Unterbringungen und Zwangsbehandlungen in Zahlen. In Zwangsbehandlung psychisch Kranker Mensch. Springer 2015)
10万人当たり非同意入院患者数	148.1	161.1	121.8	169.9
人口	127,095,000 1)	54,786,300 2)	62,960,000 3)	82,180,000 4)

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所 <http://www.ipss.go.jp/>
- 2) Office for National Statistics <https://www.ons.gov.uk/>
- 3) 総務省統計局
- 4) 外務省

資料3

イングランドの非自発的精神医療の現状(入院)



非自発入院(短期)
72時間以内の入院。警察署等への拘束を除く

非自発入院
評価のための入院、治療のための入院、触法患者の入院、CTOのリコール

財政上の理由や病院の老朽化等、安全上の理由などにより精神科病床は減少傾向が続いている

早期退院させざるを得ないため、抗精神病薬の大量投与で鎮静させた上で退院させる例が増加、地域精神医療の予算も削減されていることから、結果的に再入院が増え、非自発入院数が増加しているのではないかと(Dr. Frank Holloway 談話より)

イングランドのDeprivation of Liberty Safeguard(自由剥奪セーフガード)申請状況

イングランド全体で52,125人について認定された(2014/2015)。多くは高齢者、認知症および知的障害が多い。
(Mental Capacity Act (2005) Deprivation of Liberty Safeguards (England) Annual Report, 2014-15)

Deprivation of Liberty Safeguard: Mental Capacity Actにより規定される(2007年～)

Mental Health Actによる強制入院の要件は満たしていない同意能力のない精神障害者に対し最善の利益であると思料されるケアまたは治療を提供するために、ケアホーム、病院においてその人の自由を適法に剥奪する(建物や部屋を施錠する、頻りに薬物による鎮静を行う、行動制限をする、等)手続き。期間は約6割が3か月以内で、更新可能。

資料4

地域精神医療の質に関連するデータの国際比較

	日本	英国	フランス	ドイツ	イタリア	米國
精神病床数 ¹⁾ <small>注)日本の多くの精神病床は、長期入院慢性患者が利用しており、他のOECD加盟国では精神科病床のカテゴリーで報告されていない可能性がある²⁾</small>	2,66(2014年)	0.46(2014年)	0.87(2014年)	1.27(2014年)	0.10(2013年)	0.22(2013年)
平均在院日数(2014年)(米國のみ2010年)	274.7日 ³⁾ <small>参考:急性期病床限定では55.6日⁴⁾</small>	38.9日 ⁵⁾	5.7日 ⁵⁾	24.4日 ⁵⁾	13.9日 ⁵⁾	6.4日 ⁵⁾
統合失調症の1ヶ月以内再入院率(2009年)	参考:精神科入院患者の1ヶ月以内再入院率 11.1%	8.1% ⁶⁾	不明	不明	14.0% ⁶⁾	不明
双極性障害の1ヶ月以内再入院率(2009年)		10.3% ⁶⁾	不明	不明	9.5% ⁶⁾	不明
精神障害者の入院中の自殺率(2013年)	推定自殺発生率0.15% ⁷⁾	0.01% ⁸⁾	不明	不明	不明	不明
精神障害者の退院後1年の自殺率(2012年)	不明	0.14% ⁸⁾	不明	不明	不明	不明

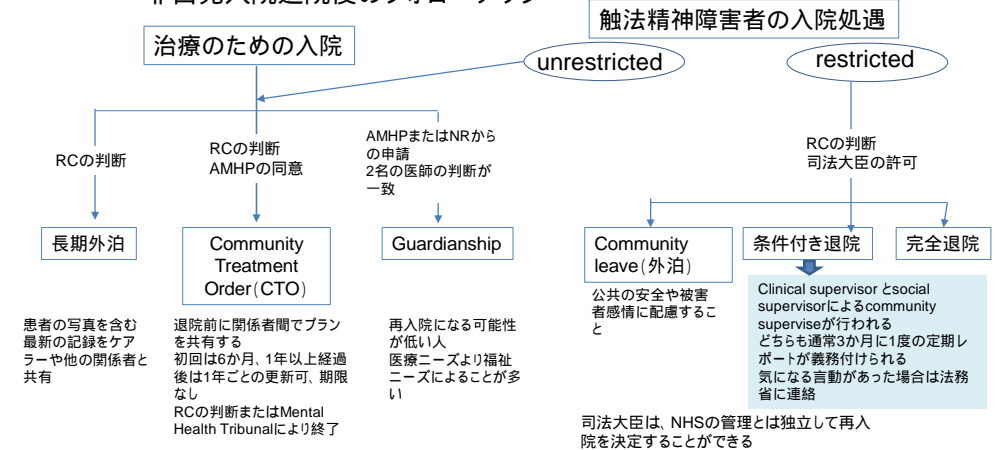
地域精神保健チームの活動(一般の精神医療) CPA:深刻かつ複雑なニーズのある精神障害者に提供される包括的ケア。年齢制限、支援期間の制限なし。

	日本(人口127,095千人)	イングランド(人口54,786千人)
非同意入院者への退院後支援	規定なし	Mental Health Act 1983 117条の規定により、NHSより医療サービスを委託された臨床委託グループおよび地方自治体がafter-care(退院後支援)を提供する。
退院後支援の対象者	規定なし	治療のための入院(Section 3)からの退院者(任意入院を経たあとの退院を含む)、外泊中の患者、地域治療命令の対象者。
退院後支援の内容	精神保健福祉法による退院者には、必要に応じて訪問看護、デイケア、障害福祉サービス等が導入される。 精神科重症患者早期集中支援管理科による多職種アウトリーチが提供されるケースもある(届出医療機関21施設、算定終了者数7人(2014~2016年)10))。精神科重症患者早期集中支援管理科の算定期間は退院後6ヵ月まで。	Care Programme Approach(CPA)に基づく支援提供。入院早期から臨床委託グループと地方自治体がケアコーディネーターや多職種チーム、退院後支援に携わる予定のスタッフ等と協働でニーズアセスメントを行い、支援計画を作成する。退院後はケアコーディネーターが中心となって多職種・多機関連携による、アウトリーチを含むサービスを提供する。支援計画は定期的に見直しされ、アセスメントによりCPAの必要なしと判断されるまで支援は継続される。
退院後支援が開始された(CPAが開始された)人数	該当データなし	63287人 (2015年、保安病棟からの退院者を含む) 9)
CPA開始者のうち7日以内にチームが関与した人数	該当データなし	61375人 (2015年、保安病棟からの退院者を含む) 9) (退院後新規CPA開始者の97.0%、国の目標は95%以上)

1) OECD Statistics Psychiatric care beds pre 1,000 population
 2) OECD医療の質レビュー-日本 スタンドの引き上げ 評価と提言
 3) 平成27年 病院報告
 4) 佐々木一 精神科入院患者の平均在院日数についての国際比較. 第112回 日本精神神経学会学術総会. 2016.6.2
 5) OECD Statistics Hospital average length of stay by diagnostic categories (Mental and behavioural disorders)
 6) OECD Health data 2011 Unplanned hospital re-admissions for mental disorders
 7) 平成22-23年度厚生労働科学研究「自殺の心理学的副機の実態に関する研究」(分担研究者:竹島正)
 8) OECD statistics Health care quality indicators Mental health care
 9) 平成26-28年度厚生労働科学研究「精神障害者の地域生活支援の在り方とシステム構築に関する研究」(分担研究者:重岡真実)
 10) NHS England Statistics Mental Health Community Teams Activity

資料5

非自発入院退院後のフォローアップ



- ・ 所在不明となった場合の方針についてはあらかじめ決めておき、地域の警察や家族等と方針を共有する
- ・ 特に脆弱な患者や危険な患者、restricted patient、病歴から判断して必要と考えられる場合は警察にすぐに知らせる
- ・ 利益が上回る場合は、患者の守秘義務は、通常患者を探し出すために必要な基本情報を関係者と共有するうえでの妨げにならない

アフターケアサービス(Mental Health Act 1983 117条): サービス開始は退院(外泊)後であるが、入院後の出来るだけ早い段階でケアプランを策定し、ケアプログラムアプローチによるフォローアップを行う。

注) RC: Responsible Clinician, 非自発的治療を受けている患者の治療の全責任を負う臨床家。
 AMHP: Approved mental health professional, 精神障害者に適切な処遇ができる能力を有するとlocal social services authorityが認定した精神保健専門職

(出典: Mental Health Act 1983 Code of Practice)

資料6

Mental Health Tribunal への申請状況

非自発入院全体

		2012/2013	2013/2014	2014/2015
申請状況	申請	26109	27380	28892
	申請取り下げ	4392	4971	5560
	ヒアリング前の退院	5188	7990	7862
	ヒアリング実施	17140	18751	17635
Tribunalの決定	退院	717	873	964
	後日退院	299	341	364
	条件付き退院	292	324	323
	後日条件付き退院	149	138	122
	Tribunal による退院合計	1457	1676	1773
	入院継続	10911	12383	12422
	ヒアリング実施者の退院率	8.5%	8.9%	10.1%

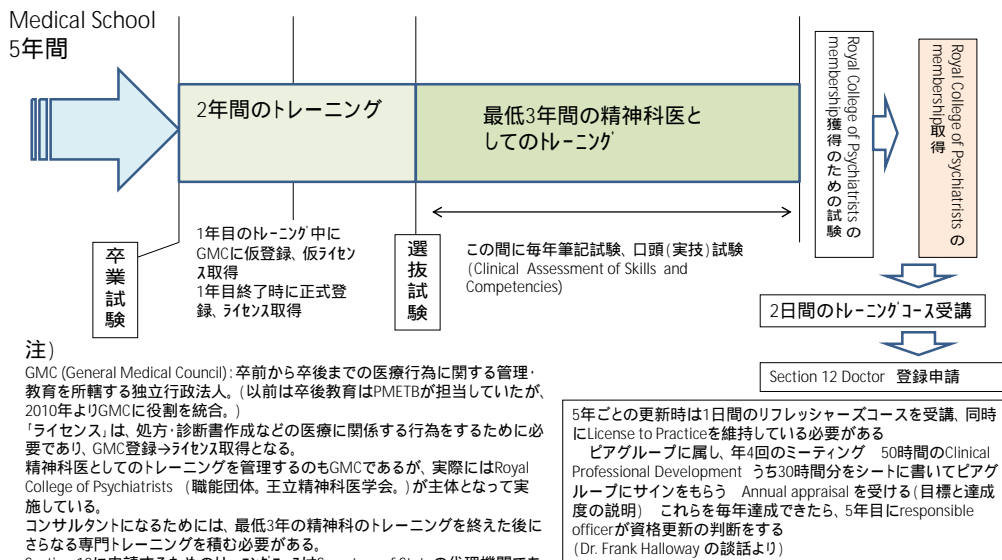
地域治療命令

		2012/2013	2013/2014	2014/2015
申請		4211	4431	4349
申請取り下げ		834	873	834
ヒアリング実施(患者面接あり)		2801	3550	3629
患者面接なしのヒアリング				486
Tribunalによる処遇終了		132	185	165
処遇継続		3040	3430	3238
処遇終了率		4.7%	5.2%	4.0%

出典: Monitoring the Mental Health Act report 2014/2015

資料7

Section 12 Doctor 認定までの流れ(精神科医の場合)



資料 8

1983 Mental Health Act
S12認定医 新規研修
Ortus Centre Maudsley Hospital
12th and 13th September
Day One Course Programme

9 00	受付・登録	
9 30	研修の概要	Dr Frank Holloway
9 45	精神保健法 (MHA) の法的枠組み MHA の重要ポイント解説	Mr Bob Lepper
11 00	休憩	
11 20	いつ MHA を適用すべきか?	Dr Frank Holloway
12 10	当事者および家族から見た MHA	Mr Maurice Arbutnott / Ms Paulette Ranajara
1 00	昼食	
1 45	認定精神保健専門職 (Approved mental health professional, AMHP) の役割	Ms Elizabeth Addison
2 20	ケース検討・非自発的入院の要件に焦点をあてて	Dr Frank Holloway
3 15	休憩	
3 30	児童青年精神保健サービスについて	Dr John Watts
4 20	総括	
4 30	閉会	

Day One Facilitators

Ms Elizabeth Addison	AMHP
Mr Maurice Arbutnott	Service User
Dr Frank Holloway	Consultant Psychiatrist, MHT Medical Member and SOAD
Mr Bob Lepper	SLaM MHA Policy Lead/Adviser
Ms Paulette Ranajara	Carer
Dr John Watts	CAMHS Consultant Psychiatrist

Day Two Course Programme

9 00	受付	
9 30	2 日目の概要説明	Dr Frank Holloway
9 45	地域治療命令 (Community Treatment Order)	Mr Bob Lepper
10 10	精神医療審査会 (Mental Health Tribunals)	Dr Frank Holloway
11 00	S12 認定医の役割	Dr Frank Holloway
11 20	休憩	Dr Frank Holloway
11 40	Mental Capacity Act 対象のケース検討	Ms Sarah Woods
1 00	Lunch	
1 45	ケース検討 非自発的入院中の患者	Dr Frank Holloway
2 45	ケース検討 CTO からのリコールケース	Dr Frank Holloway
3 10	達成度自己評価テスト	
3 40	テストの解説	
4 00	MHA ベストプラクティスのために—脱解されやすいポイント	Dr Frank Holloway
4 35	認定書交付	

Day Two Facilitators

Dr Frank Holloway	Consultant Psychiatrist, MHT Medical Member and SOAD
Mr Bob Lepper	SLaM MHA Policy Lead/Adviser
Ms Sarah Woods	Mental Health Solicitor

資料 9

South London and Maudsley **NHS**
Maudsley Hospital
S12 認定医 更新研修

9 00	登録	
9 30	研修の目的 S12 認定医の役割	Dr Frank Holloway
10 00	書類記載のトレーニング	Mr Bob Lepper
10 30	精神医療審査会 (Tribunals) について	Dr Frank Holloway
11 10	休憩	
11 30	最近の法改正について	Ms Helen Kingston
1 00	昼食	
1 45	精神保健法における評価	Dr Frank Holloway
2 10	ケース検討	Dr Frank Holloway
3 00	達成度自己評価テスト	
3 30	テストの解説	
3 45	認定精神保健専門職 (Approved mental health professional, AMHP) の役割	Ms Sarah Cannell
4 30	認定書授与	

Ms Sarah Cannell	AMHP
Dr Frank Holloway	Emeritus Consultant Psychiatrist, MHT Member and SOAD
Ms Helen Kingston	Mental Health Lawyer
Mr Bob Lepper	MHA Adviser / Policy Lead

A. 研究の背景と目的

精神保健医療福祉に関する国際比較は、これまで様々な観点から実施されており、わが国の関連制度の改革を実施していくうえでの貴重な知見が提供されてきた。しかし当然のことながら、各国の法律および制度、精神保

健医療福祉をとりまく状況は刻々と変化しており、最新の情報を得る必要がある。本研究は、諸外国における精神障害者の処遇とわが国の現状を比較することにより、精神保健医療福祉システムに関するわが国の課題を国際的な視野から明らかにし、その成果を踏まえ

てわが国の精神保健医療福祉システム改善のための具体的な提言を行うことを目的としている。

B．研究方法

1．文献・既存資料のレビュー

精神保健医療福祉制度の国際比較に関する先行研究、インターネット上に公開されている公式データ等に基づき、非自発的入院制度、非自発的入院に關与する資格、精神医療の質に關するデータ等の比較を行った。

2．英国視察

イングランドにおける精神医療専門職に關する教育体制、非自発的入院や地域処遇を受けている患者の処遇に關するモニタリングおよび人権擁護の仕組み等につき、分担研究者（藤井千代）および研究協力者（五十嵐禎人、椎名明大、菊池安希子）が現地調査を行った。

調査日程は以下の通りである。

平成 28 年 9 月 26 日

南ロンドン&モーズレーNHS トラスト名誉
コンサルタント精神科医、Section 12
Approved Doctors メイントレーナーの
Frank Holloway 氏と意見交換。

同 9 月 27 日

キングズカレッジロンドン名誉教授 George
Smukler 氏と意見交換。

同 9 月 28 日

Care Quality Commission スタッフ Chris
Lee 氏による Priory Hospital の Mental
Health Act Review に同行、意見交換。

同 9 月 29 日

Care Quality Commission(CQC) 訪問、
National Mental Health Act Policy Advisor
の Mat Kinton 氏、University of Essex 教授
の Wayne Martin 氏、CQC 主任セカンドオピ
ニオンドクターの Simon Wood 氏、Frank
Holloway 氏、George Smukler 氏との意見交
換。

C．研究結果

1．非自発的入院制度

表 1 に示す通り、非自発的入院制度および非自発的入院の判断の中心となる医師の資格は国によって大きな相違がある。また、非自発的入院に關する全国レベルの公式データを公表していない国もあることから、非自発的入院の多寡に關する国際比較は極めて困難である。日本と諸外国との「精神病床」の定義が異なることも、長期の非自発的入院者についての比較を難しくしている要因のひとつである。このため今回は、「新規の非自発的入院患者数」について、比較的最近のデータが入手可能であった国との比較を行った(資料2)。イングランドに關しては、非自発的入院患者および Mental Capacity Act の規定による行動制限に關するデータが毎年公開されており、より詳細な検討を行うことができた(資料3)。

2．地域精神医療の質に關する比較

わが国は、諸外国との比較において突出して人口当たりの精神病床数が多いこと、平均在院日数が長いことから、病院中心型の精神医療であるとされる。しかし前述のように、「精神病床」の定義が各国で異なること、治療およびケアのアウトカム指標に關するデータがほとんど存在しないこと等を考慮すると、データによる地域精神医療の質に關する国際比較は現時点では困難であると言わざるを得ない。参考データとして資料 4 に、OECD で推奨されている精神医療の質に關するデータの比較を示した。

イングランドにおいては、地域精神保健チームの活動性を示す指標として、非自発的入院後の支援状況に關するデータを公開している(資料 4)。資料 5 に、非自発的入院後のフォローアップ体制について図示した。イングランドにおいては、同意能力のない人に対して地域で治療を継続するための制度として地域治療命令 (Community Treatment Order, CTO) が導入されていることがわが国との大

きな違いのひとつである。

(以下、Professor Smukler との面談による情報)イングランドでは、2007年の Mental Health Act 改正により CTO が導入された。政府は事前の推定で、頻回入院歴のある慢性患者が CTO の対象になることを想定しており、年間の対象者は 400 件程度と推定していた。しかし結果的にはイングランドとウェールズだけで年間 4000-5000 の新規 CTO 対象者がいる。CTO の効果については、これまでに 3 つの RCT が実施されている。OCTET 研究(Burns T, et al, 2013)では、CTO 付きの退院者と、Section17 leave (仮退院) の再入院率等について追跡し、両者のアウトカムに差はなかった。米国の同様の研究でも同様にアウトカムの差は認められなかった。CTO の是非については、サービス構造や文化によって変わると考えられる。CTO については、同意能力のない人が地域で治療を受けることができるという利点があるが、同意能力が回復すれば CTO を解除すべきである。実際には CTO を解除するタイミングは難しく、CTO により治療が継続できておりよい結果を得られている場合、CTO を解除することを躊躇することも多く、結果的に CTO の対象者は増え続けている。

3 . イングランドにおける精神科医療機関のモニタリングおよび人権擁護の仕組み

Care Quality Commission (CQC)

医療・ケアの質を監視・監督する、NHS やすべての医療機関から独立した組織。精神保健部門の前身は、Mental Health Act Commission。医療機関、ケアホームなどの査察、監督、指導、患者等からの苦情申し立ての精査などを行う。チームによる定期的な全面査察は、評価のよい医療機関は 2 年に 1 度程度、評価のよくない医療機関は 1 年に 1 度程度行う。それ以外に、レビューアー 1 人(時にピアスタッフも一緒に)によるモニタリングも実施している。全面査察は査察だけで数

日以上かかり、その後報告書について医療機関側と協議するためかなり大がかりなプロセスとなる。モニタリングは、通常予告なしに訪問し、強制入院中の患者との面談を重視している。ケア計画、必要な書類が整備されているかについても審査する。改善が必要な課題について指摘し、その後指摘事項が改善されているかどうかモニタリングする。改善されない場合は病棟閉鎖となることもある。全面査察の報告書は、評価(outstanding, good, requires improvement, inadequate の 4 段階)も含め、すべてネット上で公開される。

Second Opinion Appointed Doctor(SOAD)

CQC に所属。非自発処遇中の患者に関する処方や ECT 等の治療プランについてアセスメントを行う独立した立場の精神科医。3 ヶ月以上の入院、ECT を実施する場合は SOADs の判断が必要とされる。担当医から提出された治療計画、処方、患者面接、看護師その他の担当スタッフのインタビューを行った上で治療の適切性(その治療は合理的か、適切な提供のされ方をしているか、同意能力があるか。同意能力があるのに治療を拒否している場合は、自傷他害のリスク、自身の健康へのリスクはあるか)を判断する。担当医は SOAD を選べない。全イングランドで約 120 名、年間約 15000 回の訪問(処方に関する訪問約 12000、ECT に関する訪問約 1600、地域ケアに関する訪問約 1400)が行われている。全体で 24%は何らかの治療プラン変更となる。プラン変更となった場合、担当医は別の SOAD を求めることができ、約 2%のケースで SOAD 交代となる。

Mental Health Tribunal

司法省管轄の ' court '。判事、医療委員(精神科医)、Specialist Lay Member (多くがソーシャル・ワーカー)の 3 名で構成される。(最近経費削減により、構成人員を減らすことも検討中。)固定の合議体があるわけではなく、退院請求等の申請が上がった場合にその都度動けるメンバーが集まって審査する。

患者が入院中の病院を訪問し、あらかじめ提出された診療録、看護記録、社会的背景に関する記録および関係者からのヒアリングにより審査する。患者の代理人弁護士は、第三者の精神科医からのレポートを提出することができる。資料6にMental Health Tribunalへの申請状況を示す。

現在イングランドには450人のTribunalの医療委員がいる。判事やSpecialist Lay Memberを含め、Tribunalの委員全体で1000人程度になる。委員は、年間20日をTribunalの業務のために提供することになっている。定年は72才。Tribunalが開催される都度人材プールから3人の委員が選ばれるため、毎回委員の組み合わせは変わる。

Tribunalの結論は、多くの場合審査当日に出され、患者に伝えられることになるが、情報不足等の理由により結論が先延ばしになる場合もある。

Independent mental health advocate (IMHA)

法定権利擁護機関(2009年～)。治療の意義や法的根拠の理解の援助、Mental health tribunalへの申し立ての援助、患者がケアや治療計画に参画する際の付添い等、権利擁護に関する援助全般を提供する。病院スタッフには、IMHAのサービス対象となる患者に、IMHAのサービスを受ける権利があることについて情報提供を行い、IMHAへのアクセスを保証する義務がある。

4. イングランドにおける精神医療専門職の教育と選抜

Section 12 Approved Doctor

Mental Health Act 1983, Section 12(2)の規定により、精神障害の診断と治療に関し専門的な経験を有すると保健大臣が認めた医師。任期は5年であり、更新可能。日本の精神保健指定医に相当する。ほとんどが精神科医であるが、精神科医以外でも資格を取得することは可能。精神科医が資格取得する場合の流

れを資料7に示す。新規申請時には2日、更新時には1日間の講習会(Section 12 approved clinician panelが認定したコース)に参加する必要がある(資料8.9)。講習会の参加者は30人程度であり、Senior Doctor, Approved Mental Health Professional、法律家、当事者、家族等が講師を務める。講習会の内容は、講義、事例研究(グループワーク)、入院判断の要件、フォームの記入練習(記入済みの用紙を見せて間違い探しをしてもらう等)、法的側面の解説等から構成される。グループワークに用いる事例は、一般的なMental Health Act適用事例、Mental Health ActとMental Capacity Actのグレーゾーン事例など、臨床場面で遭遇する可能性のある様々な場面を扱う。講習会終了後に選択式のテストを行うことにより、講習の理解度を自己評価する。

Approved Clinician(AC)

非自発的な処遇(非自発的入院、地域治療命令等)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。医師以外もACに申請可能だが、ほとんどが医師。医師の場合は、トレーニングコースはSection 12 Approved Doctorのトレーニングコースと類似の2日間。医師以外がACになるには事例報告を含む膨大な書類を提出する必要がある。法律、アセスメント、治療計画、リーダーシップ、コミュニケーションスキルなどがあることを証明しなくてはならない。

Approved Mental Health Professional (AMHP)

精神障害者に適切な処遇ができる能力を有するとlocal social services authorityが認定した精神保健専門職。ほとんどがソーシャル・ワーカー。医師は一定の経験を積んだソーシャル・ワーカーが、実習を含む6か月のトレーニングコースを受講する。通常のソーシャルワークのトレーニングでは学ばないような内容(法的役割や精神疾患の知識、多職

種協働など)のトレーニングを受ける。5年ごとに資格更新のための1週間のトレーニングを受ける必要がある。

AMHPの資格を取得した専門職は、週の一部をこの仕事に当てている場合が多い。患者の非自発的入院については、AMHPの記入した書類による申請が必要であることから、ACよりもAMHPが訴訟の対象となることが多い。

Mental Health Tribunalの医療委員の選抜 Judicial Appointments Commission が選抜を行う。Senior Tribunal Doctorによる架空事例を使った面接が行われる。選抜された後に2日間の研修を行う。この研修は、判事(tribunal 常勤判事と非常勤がいる)や laymen(Specialist lay members と呼ばれる。AMHPが多く、Mental Health Actの知識などを問うオンラインテストに合格する必要がある)と一緒に受けることになる。研修内容は、講義および、実際のTribunal陪席を2回。定められた文書を提出し、活動開始当初はメンターがついて実地で業務を学ぶことになる。毎年、年2日は自分のニーズに合った内容のトレーニングを選んで受講し、2,3年に1回は最初の研修とほぼ同じ core course を受講することが求められる。

Second Opinion Appointed Doctor(SOAD)の選抜

Care Quality Commission が選抜する。インタビューでSOADへの適格性をみる。採用が決まったら、1日間のイントロダクション(法的側面や、書類の書き方など)を受け、適切に業務を遂行できると認められるまで監督下に置かれる。その後も定期的に評価を受け(引退した医師は毎年、現役の医師は3年に1度)年に一度のトレーニングイベントに参加する。

D. 考察

精神保健医療福祉制度の国際比較において、「非自発的入院」「精神病床」等の用語の

定義が国ごとに異なる点に十分に留意する必要がある。たとえばイングランドにおいては、病院または施設入所中の精神障害者(認知症、知的障害を含む)について、Mental Health Actによる非自発的入院の適応となるほどの病状ではないが行動制限が必要な状態であると判断された場合、Mental Capacity Actの「自由剥奪セーフガード」の手続きにより行動制限が可能となる。わが国において医療保護入院の枠組みで処遇されている患者の一部はイングランドにおいては「自由剥奪セーフガード」の対象となる可能性もあるものと考えられる。一方で、わが国においても精神保健福祉法の適用範囲外である身体科病棟において行われている拘束等の行動制限の数は把握されていないことにも留意すべきであり、非自発的入院の運用状況についての国際比較のあり方自体を今後十分に検討する必要がある。精神医療の質の指標に関しては、現在OECDが収集している統合失調症および双極性障害の予定外再入院率、統合失調症および双極性障害の超過死亡率、入院中の自殺率、退院後の自殺率に相当するわが国のデータはなく、今後これらの指標に相当するデータを収集できる準備を進める必要があるものと思われる。

イングランドにおいては、非自発的処遇に関係する精神医療専門職の資格取得および更新のための要件は、わが国と比較して非常に厳しいといえる。平成27年および28年には、わが国において精神保健指定医の不正資格取得が発覚し、多くの精神保健指定医が資格取り消しの処分を受けることとなった。これを契機として、現在精神保健指定医の資格取得および更新のための研修等についての再検討が行われている。精神保健指定医と類似の資格であるイングランドのSection 12 Approved Doctorの研修システムにおけるグループワークや自己評価テスト等、わが国の研修システムにおいても参考にすべき点も多いものと考えられる。

イングランドの非自発的入院制度において

は、CQCにより年複数回実施されるモニタリングと情報公開による透明性の確保、人権擁護の仕組みの強化等、適正運用への取り組みが徹底している。わが国においては、IMHAに相当する組織はなく、Mental Health Tribunalに相当する精神医療審査会の機能も不十分であることがしばしば指摘されている。障害者権利条約批准国として、今後人権擁護の仕組みの強化は不可欠であろう。

E.健康危険情報

なし

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

文献

- 1) Burns T, Rugkåsa J, Molodynski A, et al: Community treatment orders for patients with psychosis (OCTET): a randomised controlled trial. *Lancet* 11; 381(9878): 1627-1633, 2013