

九州の精神保健福祉の課題と 精神保健福祉センターとの連携

長崎県

県央保健所 所長（県央振興局保健部 部長）

福祉保健部 医療監

大塚 俊弘

わが国の精神障害者の 非自発的入院と国際人権規約

先進国諸国において、司法の判断がなされないまま、精神障害者を本人の意思に反して強制的に入院させることができるのは日本だけ。

他国では、裁判所 Court が有期間の入院命令を出し、その命令に従って入院措置が行われるという形になっており、精神保健指定医の判断で措置入院や医療保護入院が決定してしまうわが国の制度は『国際人権B規約』（自由権規約）違反であると海外から批判されてきた。

1987年の精神衛生法 精神保健法への改正の際に、Court 機能を持つ機関として「精神医療審査会」を設置することで、国際的な批判をかわしてきたが、入院の決定に Court の関与がないこと自体が国際的には特異的。

国際人権B規約（市民的及び政治的権利に関する国際規約，1979年批准）

第9条（身体的自由・安全についての権利と逮捕抑留の要件）



- 4 逮捕又は抑留によって自由を奪われた者は、Court がその抑留が合法的であるかどうかを遅滞なく決定すること及びその抑留が合法的でない場合にはその釈放を命ずることができるように、Court において手続をとる権利を有する。

医療保護入院とは

精神保健福祉法 第33条

精神科病院の管理者は、次に掲げる者について、その家族等のうちいずれかの者の同意があるときは、本人の同意がなくてもその者を入院させることができる。

- 一 指定医による診察の結果、精神障害者であり、かつ、医療及び保護のため入院の必要がある者であつて当該精神障害のために第20条の規定による入院（任意入院）が行われる状態にないと判定されたもの
- 二 …… 略 ……

 指定医の診察によって初めて成立し得る入院形態であり、
精神保健指定医以外には権限がない。
にも関わらず、
保健所内で、若しくは保健所職員と指定医以外の関係者の間で、
「この人は医療保護入院だよな」といった会話をよく聞く。 

保健所には、措置診察をさせる権限はあっても、医療保護入院をさせる権限はない。
受診援助をする権限はあっても、
入院治療が選択されるか通院治療が選択されるかはあくまでも指定医の判断。

行政職であり精神障害者の人権を守る立場にもある保健所職員が、
非自発的な入院の判断に関わる発言をすることはタブーと言っても過言ではない。

「保健所に頼んで入院させてもらおう」という風潮には乗らない姿勢が重要！！

措置入院とは

精神保健福祉法 第29条

都道府県知事は、第27条の規定による診察の結果、その診察を受けた者が**精神障害者**であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければ**その精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれ**があると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができる。

- 2 前項の場合において都道府県知事はその者を入院させるには、その指定する**二人以上の指定医**の診察を経て、……………、各指定医の診察の結果が一致した場合でなければならない。

にも関わらず、

措置診察してもらおう指定医に対して、

「この人には家族等が居ないので、何とか措置入院にできませんかね？」

と頼み込んでくる保健所職員と時々出会う。



行政職であり精神障害者の人権を守る立場にもある保健所職員が、

法を無視した強制入院を依頼する（しかも何の悪びれた様子もなく）

なんてことはあってはならない。

Court が関与しない強制入院があるわが国の特殊性を良く理解した上で、

法に基づいた厳密な運用に心がけることが**重要！！**

アルコール依存症患者や酩酊者の 精神保健福祉法上の取扱い

アルコール症者及び酩酊者の入院取扱いについて

昭和63年11月11日 健医精発第41号

各都道府県衛生主管部局長あて厚生省保健医療局精神保健課長通知

- 1 アルコール依存症者については、精神症状を有する場合に精神保健法を適用すること。
- 2 酩酊者又はでい酔者については、家族等からの入院依頼があった場合、精神科的診察が可能となった時点で精神保健法の適応の当否を判断すること。
なお、それ以前の医療行為については、医療法に基づいた一般医療に準じて行うこと。

アルコール依存症患者について精神科救急医療で取り扱うべき範疇は、幻覚妄想等の精神症状を有する場合や離脱せん妄を呈した場合に限られるべきである。それ以外は、医療法に基づいた一般医療に準じて対応するべきであり、酩酊時の迷惑行為等に関しては、精神科医療の中で取り扱われるものではなく、むしろ「酒に酔って公衆に迷惑をかける行為の防止等に関する法律」等による適切な司法化が優先されるべきである。

診察の結果措置非該当となる代表的な事例

パーソナリティー障害で精神科通院中であるが、薬物療法の標的症状となる幻覚妄想や精神運動興奮等の精神症状はなく、精神療法が中心。欲求不満耐性が著しく低く、思い通りにならないとすぐに暴力行為に及ぶことを繰り返しているが、判断能力の低下はなく、心神耗弱や心神喪失といった状態ではない。

今後も他害行為のおそれは大いにあるが、精神症状によるものとは言えないので措置入院には該当しないと判断された。

統合失調症で精神科通院中であるが、薬物療法により幻覚妄想や思考障害は完全にコントロールされている。友人とケンカになり、エスカレートして、近くにあった刃物を手に取り相手を威喝した。

幻覚妄想に支配された行動ではなく、判断能力の低下もない。心神耗弱や心神喪失といった状態ではなく、ケンカの延長なので、精神保健福祉法の適用外であると判断された。

老年期の一人暮らしの女性。数年前より「近所の者からガスを吹きかけられる」「監視されている」といった妄想が出現し、そのため近隣に対し、そのような行為はやめるよう執拗に訴え、時には声を荒立てることもあるが、暴力行為や器物破損行為はない。隣人からの連絡を受けた警察官が本人に注意をしたが、近隣への迷惑行為は持続。隣人の申請により精神保健指定医が措置診察。

頑固な妄想はあるが基本的には穏和な女性で、治療が必要な状況であるが、他害行為はないと判断され、措置非該当となった。

アルコール依存症で精神科通院中であり、飲酒の上、暴力行為を起こして警察に保護された。酔いが覚めた状態で精神保健指定医が診察したところ、幻覚妄想や意識の変容等の精神症状はない。

飲酒の上での同様の行為を繰り返すおそれは大いにあるが、精神保健福祉法の適用外であると判断された。

よく耳にする精神科入院医療に関する誤解

幻覚妄想が消退しないと退院できない



- ・幻覚妄想が持続していても、
睡眠、食事の確保が出来ていて、社会的逸脱行動がなければ、
外来治療で対応できる。
- ・デイケア、デイナイトケア、訪問看護を使えば、
かなり症状が重い人も在宅ケアが可能である。
- ・四半世紀前から、大学病院等での研修医教育の現場では、
“3ヶ月を超えると、半年、1年コースになるよ”と言われていた。

家族の引き取りがないと退院できない



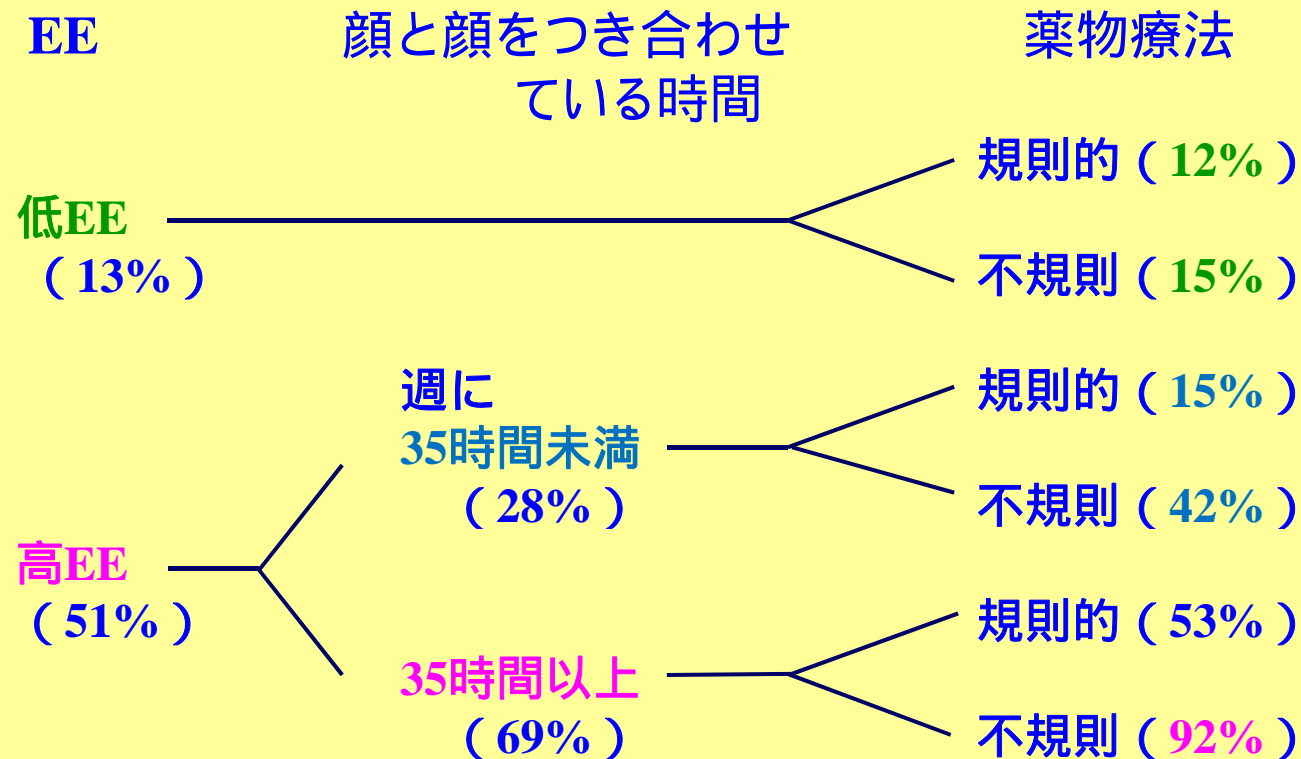
- ・家族との同居は再発や症状悪化の要因となりうる。
- ・病気への理解や、患者の問題行動への対処技能に乏しい家族との
同居は、病状を悪化させる。
- ・家族による過度の介護は、患者の自立や
社会的活動を阻害することもある。
- ・欧米では、成人した精神障害者が
親と同居していることは不適切とみなされる。

EE (感情表出) 研究 Expressed Emotion study

患者の人格や行動に対して過度に批判的な態度や、患者に対して情緒的に巻き込まれ過ぎ（過保護で自己犠牲的な態度）を示す家族と同居している患者の再発率が高い。

過度に批判的だったり、情緒的に巻き込まれ過ぎという特有の情緒反応を示す家族を、「高EE (high EE) の家族」、そのような情緒反応を示さない家族を「低EE (low EE) の家族」と呼ぶ。

統合失調症の9ヶ月後の再発 Vaughn C & Leff J (1976)



九州の精神病床数 / 精神科病院数

平成25年医療施設調査

	精神 病床	人口 10万対 (全国順位)	精神科 病院	人口 10万対
福岡	21,523	422.8 (10位)	60	1.2
佐賀	4,284	510.0 (4位)	14	1.7
長崎	7,949	569.0 (2位)	28	2.0
熊本	8,947	496.8 (6位)	38	2.1
大分	5,247	445.4 (8位)	25	2.1
宮崎	5,844	521.8 (3位)	16	1.4
鹿児島	9,836	585.5 (1位)	39	2.3
沖縄	5,408	382.2 (13位)	13	0.9

全国平均 266.9

0.8

九州の保健所の取組状況

～ 保健所連携推進会議(九州ブロック)の事前アンケート結果 ～

回答数 28/81

(県型21/64 市型7/17)

項目	設問	取組 でいる	今後 予定	内容がわ からない	行えそう にない	該当なし NA
病床機能の把握	管内病院の病床機能の把握	1	14	4	8	1
	人員体制、運営方針、治療体制の把握	0	13	7	7	1
地域移行に向けた各病院の 体制の把握	退院後生活環境相談員の配置状況の把握	9	14	3	1	1
	退院支援委員会の状況等の把握	2	16	7	2	1
精神科病院実地指導	実地指導への保健所長の同行	6	4	2	14	2
	公的機関に勤務する指定医に限定	3	0	1	22	2
管内病院の入退院状況の把 握、評価	認知症(医療保護)の退院目標の評価	1	4	4	18	1
	病院報告による入退院の把握	10	11	3	3	1
	630調査による各病院の全体像の把握	9	8	6	4	1
措置入院患者への対応	早期からの保健職員の院内訪問体制づくり	8	15	2	3	0
地域社会資源への働きかけ	自立支援協議会への参加及び地域移行体制強化への働きかけ	12	12	1	3	0
	相談支援事業所への働きかけ	8	14	4	2	0
	住居確保のための市町村への働きかけ	5	6	8	8	1
	ピアサポーター 養成と活用のための地域体制づくり	6	4	9	9	0
	市町村障害福祉計画への具体的提案	10	5	4	8	1
アウトリーチ体制整備	保健所が中心に行うための所内検討	3	13	3	8	1
	訪問系の地域資源及びその訪問実態の把握	6	15	2	5	0
	訪問サービス提供機関間の連携会議の開催あるいは開催の検討	9	7	5	6	1
	ケア会議の開催あるいは開催の検討	8	11	4	4	1

長崎県における 保健所と精神保健福祉センターの連携

【精神保健福祉センターの業務】

企画立案， 技術指導及び技術援助， 人材育成， 普及啓発，
調査研究， 精神保健福祉相談， 組織育成，
精神医療審査会の審査に関する事務，
自立支援医療（精神通院医療）及び精神障害者保健福祉手帳の判定

（精神保健福祉センター運営要領 最終改正 平成18年12月22日障発第1222003号）

保健所支援事業（平成9～平成16年度）

精保センターの職員が県立8保健所全てに年間4回ずつ出向いて（うち2回は所長が参加）保健所職員とともに事業の企画立案、研修会の開催、市町村との協議、ケース相談等を行うもの。

平成14年度までは、全市町村に精神障害者地域活動所（小規模作業所）を設置することが最重要ミッション。

平成13年度以降は、保健所への出張を年間2回ずつに減少。

体系的研修（平成11年度～）

精保センターによる保健所職員への体系的研修プログラムの実施。

年度によって内容は変わるが、初級コース、上級コース、班長・課長コースの3本柱は踏襲されてきている。

措置通報業務に係る技術支援（平成14年度～）

警職法による保護なしの警察官通報が繰り返される警察署や、精神障害者が措置非該当となったことに納得しない地域住民の対応に苦慮している保健所に、センター所長が出張し、会議や研修会等において、精神保健福祉法等の解説を行うもの。

退院促進 / 地域移行推進事業に係る技術支援（平成18年度～）

精保センターによる保健所職員への研修、センターへの地域移行コーディネーターの配置、各保健所管内で病院や障害福祉サービス事業所等を対象に行う研修会の企画立案、講師としての協力、ピアサポーターの養成・派遣、保健所が実施する病院茶話会 / 学習会の企画立案・実施への協力など。

自殺対策事業（平成19年度～）

ゲートキーパー養成（誰でもゲートキーパー作戦）、自死遺族の分かち合いの会、ハイブリット相談会（弁護士、司法書士、臨床心理士、保健師等による多職種同時相談会）、うつ病啓発講演会など、精保センターが中心に企画立案し、センターが技術支援や講師派遣しながら各保健所で実施。

メンタルヘルス研修会 / 講演会

精保センター所長や各スタッフが、講師として協力。