201317072A

厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

平成25年度　総括・分担研究報告書

研究代表者　山　本　輝　之

平成26(2014)年3月

目　次

Ⅰ.　総括研究報告

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究 1

山本　輝之　　　　成城大学法学部

（資料）共通調査項目、事例１，２

Ⅱ.　分担研究報告

1. アメリカ合衆国調査の概要 13

川本　哲郎　　　　同志社大学法学部

（資料）共通調査項目、事例１，２

SF における強制入院退院手続―Public defender's office Mental health Division の関り―

UCSF/SFGH　Division of Citywide Case Management Programs

ホテル―Richardson Apartment―

2. フランスにおける非同意治療に関する研究 37

八木　深　　　　国立病院機構　花巻病院

（資料）共通調査項目、精神科治療の対象になる人の権利と保護およびケア態様に関する 2011 年 7 月 5 日法 Loi 2011-803

サンタンヌ病院第 13 病棟作成、サンタンヌ病院　ホームページ、事例１，２

面談記録

3. イギリスにおける精神保健福祉制度の調査・研究 61

五十嵐　禎人　　　　千葉大学社会精神保健教育研究センター

（資料）イギリスの非自発的入院、共通調査項目、事例１，２

Center for Mental Health、Bethlem Royal Hospital ベスレム王立病院

ロンドン警視庁、Prison Reform Trust の活動と触法精神障害者の処遇

4. 韓国調査報告 95

水留　正流　　　　南山大学法学部

（資料）韓国調査報告

総括研究報告

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

山本　輝之

成城大学法学部

平成25年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合　研究事業）

総括研究報告書

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

研究代表者　　山本輝之　　成城大学法学部教授

研究要旨

平成25年の精神保健福祉法（以下、「改正法」あるいは「法」）の改正により、保護者制度が廃止され、それにともなって、医療保護入院の要件から保護者の同意を削除し、それに代わって、「その家族のうちのいずれかの者の同意」を要件とすることに改められた（法33条1項）。このような改正の背景には、さまざまな理由が存在すると考えられるが、その1つとして、保護者の同意を要件としない入院形態を新たに導入する場合、精神障害者の権利を擁護するための仕組みを新たに構築することが必要となるが、そのための十分な検討が未だなされていないということがあるように思われる。他方、このような改正に対しては、①精神障害者家族の負担を軽減するということが、保護者制度を廃止する大きな理由の1つであったにもかかわらず、今回の改正は、それを解消することにならない、②保護者制度の廃止の基礎には、地域精神医療の推進があったにもかかわらず、今回の改正は、依然として家族を精神障害者の医療とケアの責任者とする思想を維持するものであり、地域精神医療の実現を阻害することになるなどの多くの問題点も指摘されている。

そのため、改正法附則8条は、「政府は、この法律の施行後三年を目途として、新法の施行の状況並びに精神保健及び精神障害者福祉を取り巻く環境の変化を勘案し、医療保護入院における移送及び入院の手続の在り方並びに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。そこで、本研究は、諸外国における精神医療制度に関する法制度、とりわけ、非自発入院及び精神障害者の人権擁護に関する法制度を調査・研究し、その成果を踏まえて、わが国の法制度の新たな構築に向けて現実的で実現可能な具体的な提言を行うことを目的とするものである。本研究における調査・研究の期間として3年を予定しており、1年目である平成25年度は、①アメリカ（カリフォルニア州、ニューヨーク州）、②フランス、③イギリス、④韓国について調査・研究を行った。

分担研究者

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）

研究協力者

川本哲郎（同志社大学法学部教授）

飯野海彦（北海学園大学法学部教授）

黒田治（東京都立松沢病院医師）

八木深（国立病院機構花巻病院院長）

磯部哲（慶應義塾大学大学院法務研究科教授）

久保野恵美子（東北大学大学院法学研究科教授）

村上優（国立病院機構琉球病院院長）

城下裕二（北海道大学大学院法学研究科教授）

柑本美和（東海大学大学院実務法律研究科准教授）

永田貴子（国立精神・神経医療研究センター病院医師）

町野朔（上智大大学生命倫理研究所教授）

松原三郎（松原病院理事長）

今井淳司（東京都立松沢病院医師）

水留正留（南山大学法学部専任講師）

A 研究目的

平成 25 年の精神保健福祉法（以下、「改正法」あるいは「法」）の改正により、保護者制度が廃止され、それにともなって、医療保護入院の要件から保護者の同意を削除し、それに代わって、「その家族のうちのいずれかの者の同意」を要件とすることに改められた（法 33 条 1 項）。しかし、これに対しては、さまざまな問題点が指摘されている。そこで、本研究は、諸外国における精神医療制度に関する法制度、とりわけ、非自発入院及び精神障害者の人権擁護に関する法制度を調査・研究し、その成果を踏まえて、わが国の法制度の新たな構築に向けて現実的で実現可能な具体的な提言を行うことを目的とする。

B. 研究方法

研究 1 年目である平成 25 年度は、①アメリカ（カリフォルニア州、ニューヨーク州）（2013 年 10 月 27 日～11 月 3 日）、②フランス（2013 年 9 月 8 日～9 月 12 日）、③

イギリス(2013年10 月27日～11月2日)、④韓国（2013年10月13日～10月16日）について調査・研究を行った。1)「共通調査用紙」(資料参照)、2)「仮想事例 1、2」(資料参照）を作成・翻訳し、事前に各国の訪問先に送付した後、分担研究者、研究協力者を派遣し、法執行機関、医療現場などを訪問していただき、それぞれの担当者に面接し、1)、2) に基づいてインタヴューを行った。

C. 研究結果

（1）アメリカ

カリフォルニア州の調査においては、①精神医療に関する法制度の概要、②精神障害者の医療とケアに対する家族の関与の仕方、③後見人制度等について調査を行った。また、ニューヨーク州については、①精神医療に関する法制度の概要、②入院の形態、③入退院の手続、④保護者の役割、⑤入院患者に対する法的援助の内容などについて調査を行った。　その他に、カリフォルニア州における、重大かつ固執的な精神障害者とその家族を支援し、精神書会社の社会復帰を促進するために包括的な精神医療を提供するネットワークである、Division of Citywide Case Management Programs、精神障害者などの居住施設である、Richardson Apartment 等を訪問し、精神障害者に対する医療・ケア・支援の実態の調査を行った。

（2）フランス

精神医療に関する法制度の概要および非自発入院病床数等の統計の調査、精神科病院であるサンタンヌ病院の視察を行った。その視察では、仮想事例 1、2 についてインタヴューを行うとともに、入院費用、家族の役割、精神衛生法の改正などについても調査を行った。

（3）イギリス

精神医療に関する法制度の歴史・概要、精神保健法における入院形態、入退院の手続等について調査を行った。その他に、ベスレム王立病院、精神障害者の生活上の支援を行う NGO である、Center for Mental Health、刑事施設内の処遇改善を目的とした政策提言･調査研究を行う NPO である、Prison Reform Trust、ロンドン警視庁などを訪問し、精神障害者の処遇の実際と課題、触法精神障害者に対する処遇制度とその実態、精神障害者に対する警察の介入事例などについて調査を行った。

（4）韓国

精神医療関する法制度の概要および精神科病院への入院の現況の調査、国立ソウル病院、ケヨ（啓耀）病院、ソウル特別市チョンノ（鍾路）区精神健康増進センターの

視察を行った。その視察では、入院形態についての説明を受けるとともに、仮想事例1、2についてインタヴューを行った。

C. 考察

(1) アメリカ

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。

(2) フランス

わが国は、家族の負担を考慮し、医療保護入院に際し、保護者の同意を家族等の同意に置き換える精神保健福祉法改正をした。フランスは、家族以外の第三者の申請による入院が可能であり、手続きの開始が総合病院や救急部など精神科以外でも可能であり、自由入院でも費用は原則100%保険でカバーされるので、医療へのアクセスしやすさや経済的負担に関して、家族の負担は、フランスの方が日本より少ないと言える。家族の負担軽減を考える際に、フランスの制度は参考になると思われる。フランスでは、非同意入院手続きに裁判所が関与し、精神障碍者に限らずすべての患者について、信頼できる人を指名し、後見的役割を負わせており、権利擁護も充実している。日本では、精神医療審査会が非同意入院についてチェックしているが、裁判所と同等の独立した第三者機関であると言い切れるか、課題が残るかもしれない。フランスの制度のメリットを強調したが、フランスの制度は手続きが煩雑で、現場の医師が書類作成に忙殺され診療に割く時間が減り、裁判官の数も多く必要であるなどの問題もある。

(3) イギリス

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、わが国の非自発入院との比較を念頭に、①非自発的入院の対象者、②非自発的入院の根拠、③非自発入院に関与する家族等として、精神衛生法26条に規定されている「最も近い関係者（Nearest relative）」の制度という論点に分けて考察を行った。その結果、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るとの結論を得た。

（4）韓国

韓国の精神保健法における入院制度には、①任意入院、②市郡区庁長入院、③応急入院、④保護義務者入院がある。②は、自傷他害の明確な危険のある精神障害者について、精神科専門医、精神保健専門要員（心理士、看護師、SW 等）の申請により、精神科専門医2名の診断により、市郡区庁長の命令により入院させる制度である。期間は2週間であるが、3か月まで延長が可能である。③は、自傷他害の明確な危険のある精神障害者について、警察官の判断により、72時間を限度に強制的に入院させる制度である。④は、現行法においては、入院医療の必要性があるか、または自傷他害の危険のある精神障害者について、精神科専門医の診断と、保護義務者2名の同意により入院させるものである。保護義務者の範囲は親族であり、その順位は法律で定められている。また、保護義務者がいない場合には、市郡区庁長に同意する権限がある。韓国では、現在、精神保健法の改正作業中であり、改正後は、その名称が、精神健康増進法に改められることになっている。その改正法では、④についても、その対象を、重度精神障害者に限定し、その要件である自傷他害の危険には、患者自身の健康への危険をも含むこととし、保護義務者の第1順位を、これまでの配偶者から後見人にするなどの改正が行われることになっている。このような改正の背景・内容は、わが国における医療保護入院に関する新たな法制度の構築を考えるうえで、参考になるものと思われる。

E. 結論

平成25年度は、①アメリカ、②フランス、③イギリス、④韓国における、非自発入院に関する法制度の概要と運用実態、精神障害者、とりわけ入院患者の人権を擁護するための制度、精神障害者の医療・ケアに関する家族の役割等について調査を行った。それらの調査結果を詳細に分析・検討し、その成果を踏まえて、わが国の法制度の新たな構築に向けて現実的で実現可能な具体的な提言を行う予定である。

F. 健康危険情報

なし。

G. 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

1．特許取得

なし。

2．実用新案登録

なし。

3．その他

なし。

資料１

＜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。

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。

<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、窓にエアーキャ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。

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

アメリカ合衆国調査の概要

研究協力者　飯野海彦
研究協力者　黒田治
研究協力者　川本哲郎

研究要旨
アメリカ合衆国のカリフォルニア州サンフランシスコ市とニューヨーク州ニューヨーク市の精神保健に関連する施設を訪問し、強制入院に関する法制度の説明を受け、施設を参観した。その結果、アメリカ合衆国の制度は、我が国よりも、人権の保障に優れていること、家族よりも行政が治療の責任を負うこと等、我が国の制度の改善にとって有益な情報が得られた。

A. 研究目的

我が国における精神障害者の強制入院に関して、障害者の人権を擁護する仕組みを改善するために、諸外国における制度を調査・研究すること

B. 研究方法

以下のスケジュールに従って、アメリカ合衆国のカリフォルニア州サンフランシスコ市とニューヨーク州ニューヨーク市の諸施設を訪問・参観するという方法を採用した。

10月28日(月)

9:30-10:30	Dr. James Dilley, Director, San Francisco General Hospital, Department of Psychiatry (サンフランシスコ市立病院の精神科部長)
11:00- 12:00	Ms.Carol Chieng, JD, Director, Mental Health Division, Public Defender's Office. (公設弁護事務所)
12:30-13:30	Kelly Hiramoto, LCSW, Director, 24-Hour Facilities, Community Behavioral Health Services, Department of Public Health. (サンフランシスコ市公衆保健局)
15:00-17:00	Robert Marquez Director, Mental Health Client Rights Advocates. (精神保健患者の権利擁護)

10月29日(火)

9:00-10:30	Citywide Case Management Services. Director: Mr. David Fariello, LCSW; Medical Director, Fumi Mitsuishi, MD (サンフランシスコ市立病院の包括的治療プログラム)
13:00-14:00	Mr. Edwin Batongbacal, LCSW. Director, Adult and Older Adult system of Care, Community Behavioral Health Services, Department of Public Health (サンフランシスコ市公

	衆保健局成人ケア部)	
15:45-16:45	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） Dr. Michal Kunz, Director of Clinical Services	
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 ServicesNYS 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ない。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ついて、「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、その後に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 歳以下の場合は、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

資料 1

＜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。