

2014/9038A

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 26 年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 山 本 輝 之

平成 27 (2015) 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. カナダにおける精神保健医療制度に関する調査・研究 11

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) 1. 共通調査項目

2. 事例 1, 2

3. Carnet Center における聞き取り調査報告

: 東本愛香 千葉大学社会精神保健教育研究センター

4. Peter Lougheed Center における聞き取り調査報告

: 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

5. カルガリードロップイン&リハビリセンター

(Calgary Drop-In & Rehab Centre) における聞き取り調査報告

6. Light House における聞き取り調査報告 : 松木崇 弁護士

7. カナダ ブリティッシュ・コロンビア州における取組み

: 柑本美和 東海大学大学院実務法学研究科

2. ドイツにおける精神保健医療制度に関する調査・研究 49

山中 友理 関西大学政策創造学部

(資料) 1. 共通調査項目

2. 事例 1, 2

3. ドイツ出張報告 (後見裁判所・ミュンヘン大学)

: 米村滋人 東京大学大学院

4. オーバーバイエルン地区病院機構イザール・アンパー病院

kbo Isar- Amper Klinilum 視察報告書

: 八木 深 独立行政法人国立病院機構 花巻病院

5. インザルツァッハ病院 kbo Inn-Salzach Klinikum 訪問 報告

(平成 26 年 9 月 4 日)

: 中元総一郎 一般財団法人成研会附属汐の宮温泉病院

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 26 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）

総括研究年度終了報告書

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つたにもかかわらず、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、2 年目である平成 26 年度は、①カナダ（アルバータ州、ブリティッシュコロンビア州）、②ドイツ（バイエルン州を中心に）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

柑本美和(東海大学大学院実務法学研究科)

松木崇(弁護士)

東本愛香(千葉大学社会精神保健教育研究センター)

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)

山中友理(関西大学政策創造学部)

米村滋人(東京大学大学院法学研究科)

八木深(国立病院機構花巻病院)

中元総一郎(一般財団法人成研会附属汐の宮温泉病院)

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 2 年目である平成 26 年度は、①カナダ(アルバータ州、ブリティッシュコロンビア州)(2014 年 9 月 15 日～9 月 18 日)、②ドイツ(バイエルン州)(2014 年 9 月 2 日～4 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)に基づいてインタビューを行った。その後、研究代表者、分担研究者、研究協力者で組織する研究会を開催し、各国の責任者を中心に調査結果を報告、質疑応答を行うことにより、それぞれの内容の分析・検討を行った。

C. 研究結果

(1) カナダ

アルバータ州においては、①非自発的入院に関する法制度、②同入院の運用の実態について調査を行った。その他に、③同州における Community Treatment Order

の適用状況、④ホームレスに対する精神保健サービス、⑤触法精神障害者に対する社会復帰支援の現状などについても調査を行った。ブリティッシュコロンビア州においては、①軽微な犯罪を繰り返す精神障害者や薬物依存者に対してどのような処遇を行うのが最善なのかを決定し、実際にサポートする問題解決型裁判所である、Vancouver Downtown Community Court、②同州内の精神障害犯罪者に対する鑑定、治療、臨床ケースマネジメントなどの責任を負っている、Vancouver Forensic Clinic & Vancouver Courthouse について、訪問・調査を行った。

(2) ドイツ

①バイエルン収容法上の非自発入院（公法上の入院）に関する法制度、同入院の運用の実態、および②民法 1906 条の世話制度に依拠する非自発入院（民事上の入院）について調査を行った。なお、①の非自発入院の制度については、ドイツ各州において法律の内容が異なり、その運用実態も異なっている。そのため、今回の調査では、バイエルン州におけるそれに的を絞って調査を行った。これに対し、②の非自発入院の制度は、ドイツ連邦全土に共通のものである。

D. 考察

(1) カナダ

①アルバータ州の非自発的入院は 1 種類であり、その要件は、①精神障害に罹患していること、②人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体に関する実質的な病状悪化のおそれ、あるいは、重篤な身体障害のおそれがあること、③精神保健法に基づく強制入院以外に適切な入院の方法がないこと、の 3 つである。非自発的入院は、2 人の医師（そのうち 1 人は精神科医）による医学的診断のみを根拠としている。家族は、非自発的入院手続きに関与せず、そのかわりに代行決定者が権利擁護者として関与する。また、非自発的入院中の患者には、治療同意に関する規定が置かれており、そこでは、レビューパネルによる迅速な審査が保障されている。このような専門家の判断に基づく非自発的入院と真に患者の権利擁護者として機能しうる代行決定者の存在するアルバータ州の非自発的入院制度の在り方は、今後のわが国の医療保護入院制度の在り方やそこでの「家族等」の関与の仕方を考えるうえで、貴重な示唆を与えるものである。

②ブリティッシュコロンビア州における調査からは、わが国における精神障害犯罪者や薬物依存者に対する適切な治療や福祉サービスの在り方を考えるうえで、

参考となるべき重要な資料を得ることができた。

(2) ドイツ

①バイエルン収容法上の非自発入院(公法上の入院)と②民法 1906 条に規定されている世話制度に依拠する非自発入院について調査を行った。①については、1) その根拠規定、2) 入院の手続、3) 運用の実態、4) 同入院に関する保険制度、5) ホームの実態などについて知ることができた。また、②については、1) その根拠規定、2) 世話人の選任手続、3) 後見裁判所における審査手続きの前提要件、4) 審査手続きの流れ、5) 後見裁判所の組織体制、6) 後見裁判官の職務内容など詳しく知ることができた。また、その他に、地域精神医療における危機介入サービスの制度についても調査することができた。

これらの調査結果は、わが国における非自発入院の制度および地域精神医療のシステムと比較検討する上で、重要な資料を提供し得るものである。

E. 結論

平成 26 年度は、①カナダ、②ドイツにおける、非自発入院に関する法制度の概要とその運用実態、精神障害者、とりわけ非自発入院患者の人権を擁護するために制度、精神障害者に対する治療・ケアに関す

る家族等の関与の仕方などを中心に調査を行った。その調査の成果を平成 25 年度のそれとも併せて詳細に分析・検討し、研究最終年度である来年度には、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

山本輝之「精神保健福祉法の改正について—保護者の義務規定の削除と医療保護入院の要件の変更を中心に—」法と精神医療 29 号 (2014 年) 23 頁—40 頁。

2. 学会発表

柑本美和「平成 25 年精神保健福祉法改正の意義」第 44 回日本医事法学会ワークショップ

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なものか。
- 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。この場合の平均入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かった。
- ・ 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を続けている。

分担研究報告書

カナダにおける精神保健医療制度に関する調査・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

カナダにおける精神保健医療制度に関する調査・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、カナダアルバータ州の精神保健法におけ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。

アルバータ州の非自発的入院は 1 種類であり、その要件は、①精神障害に罹患していること、②人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体に関する実質的な病状悪化のおそれ、あるいは、重篤な身体障害のおそれがあること、③精神保健法に基づく強制入院以外に適切な入院の方法がないこと、の 3 つである。非自発的入院は、2 人の医師（そのうち 1 人は精神科医）による医学的診断のみを根拠としている。家族は、非自発的入院手続きに関与せず、そのかわりに代行決定者が権利擁護者として関与する。また、非自発的入院中の患者には、治療同意に関する規定が置かれており、そこでは、レビューパネルによる迅速な審査が保障されている。

こうした専門家の判断に基づく非自発的入院と真に患者の権利擁護者として機能しうる代行決定者の存在するアルバータ州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）
松木崇（弁護士）
東本愛香（千葉大学社会精神保健教育研究センタ

一)

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）

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」の指し示す具体的な内容は、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

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。

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、カナダアルバータ州におけ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

カナダアルバータ州カルガリーならびにブリティッシュコロンビア州バンクーバーの精神保健法の法制度や運用の実態に関して、文献調査ならびにそれぞれの地域の精神科医療施設を訪問し、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。

1) アルバータ州カルガリー

2014 年 9 月 15 日 Forensic Assessment Outpatient Service を訪問し、Dr Xie からアルバータ州における非自発的入院の概要について聞き取り調査。

2014 年 9 月 16 日①Carnet Centre を訪問し、

Dr. Fawcett からアルバータ州における Community Treatment Order の適用の現状について聞き取り調査、②Peter Lougheed Centre を訪問し、Dr. Muir から病棟の概要並びにアルバータ州における非自発的入院の適用について聞き取り調査、③Calgary Drop-in & Rehab Centre を訪問し、Wright 看護師より、ホームレスに対する精神保健サービスについて聞き取り調査、④Light House を訪問し、Dr. Xie より触法精神障害者の社会復帰支援の現状について聞き取り調査。

2) ブリティッシュコロンビア州バンクーバー

2014年9月18日①Downtown Community Court を訪問し、ブリティッシュコロンビア州におけるコートリエゾンサービスの現状について聞き取り調査。②The Forensic Psychiatric Services Commission Vancouver Regional Clinic を訪問し、Kropp 氏 (心理士) から、ブリティッシュコロンビア州におけるリスクアセスメントに関して聞き取り調査。

(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しての倫理面の問題は生じない。

C. 研究結果

I. カナダアルバータ州の非自発的入院制度

(1) カナダアルバータ州の精神保健法の歴史

カナダアルバータ州は、カナダ西部で、面積 661,190km² (日本の国土のおよそ 1.75 倍)、南北 1,200km、東西の長さ 600km であるが、人口は、3,645,257 人、人口密度 5.69 人/km² と広大な面積のわりに人口が少ない。主な産業は、石油鉱業、農業・畜産業、観光である。石油鉱業の発展で金銭的には豊かな州であり大都市は、州都エドモントンとカルガリーである。今回の訪問調査では、カルガリーの精神保健施設を調査した。

カナダアルバータ州の非自発的入院制度は、州法である精神保健法 (Mental Health Act) に規定されている。アルバータ州で最初の精神障害者に関する法律は、1879 年の法律で、治安判事 (Justice of Peace) に公衆に危険性 'dangerous to be at large' があると思われる精神障害者を拘禁する権限を与えるものであった。1907 年の Insanity Act によって、精神障害者の拘禁を行う場合には、資格を持った医師 (qualified medical practitioner) による証拠が必要とされるようになった。1924 年に Insanity Act は、Mental Diseases Act へと改正され、Insanity という用語は mentally diseased にかわり、精神障害者の収容施設も Asylum から hospital へと変わり、入院している者は病気であり、治療とケアが必要な者であることが明らかにされた。

1964 年には、アルバータ州で最初の精神保健法が制定された。コミュニティケア中心の方向性が

打ち出された。精神科病院への入院は、医師 (physician) の決定によることとなり、入院期間の制限はなくなった。同時に独立した審査パネル (independent review panels) の制度も導入された。1989 年の精神保健法では、患者の権利が、カナダ人権・自由憲章 (Charter of Rights and Freedoms) と整合性がとれるように改正された。非自発的入院患者 (formal patients) を受け入れることのできる精神科病院が増やされ、エドモントンとカルガリーに司法精神医療サービス (Forensic psychiatry services) が設置された。その後、治療に関する種々の改正がなされ、2009 年 9 月と 2010 年 1 月 1 日に施行された改正では、①早期の介入や治療を可能とするために非自発的入院の基準が拡大され、②退院にさいして、患者の家庭医 (family physicians) に対して、病院から退院サマリーと治療に関する勧告 recommendation を送付することになり、③ community treatment orders (CTOs) が導入された。(Alberta Health Service : Guide to the Alberta Mental Health Act and Community Treatment Order Legislation 2010 p9-10)

(2) 精神障害の定義 (1 条 g 項)

精神保健法では、精神障害 (mental disorder) は、「思考 thought、気分 mood、知覚 perception、見当識 orientation、記憶 memory の実質的な障害 (substantial disorder) で、判断 judgment、行動 behavior、現実を認識する能力 capacity to recognize reality や通常の生活で必要とされることを行う能力 ability to meet the ordinary demands of life を大きく損なうもの grossly impairs」と定義されている。

(3) 非自発的入院に関与する専門職

アルバータ州の非自発的入院手続きの多くは、医師 (physician) であれば行えるものも多い。しかし、一部の手続きに関しては精神科医 (psychiatrist) の資格がなければ行えない。精神保健法という精神科医とは、「アルバータ州内科医外科医学会 (the College of Physicians and Surgeons of Alberta) の会員で、「精神科医」を称することを許されている医師のことである (1 条 (1))。

(4) 非自発的入院に関与する家族等

非自発的入院に関与する家族等として、1 条 (i) 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、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指定される (1 条 (i) (i))。ただし、指定されるべき親族がいないとき、親族がいても患者の最善の利益 (best interest) を考えて行動しないと考えられる場合には、精神科病院の管理者は、患者の NR として活動すべき人を書面で指定することができる (1 条 (i) (ii))。

(5) 非自発的入院の受け入れ施設

アルバータ州の精神保健法では、非自発的入院の受け入れは、指定施設 (designated facility) に限られており、指定施設以外の病院に非自発的入院患者が入院することはない。指定施設とは、精神保健規則 (Mental Health Regulations) 1 条 (1) によって精神保健法の目的のために指定されている施設のことである。訪問した Peter Lougheed Centre を含め、現在 20 か所の病院が指定施設として指定されている。なお、非自発的入院患者以外に、患者本人の意思で指定施設に入院することも可能である。ただし、わが国の任意入院とは異なり、患者本人の意思による入院 (自由入院) には、退院制限の規定はなく、患者はいつでも希望すれば退院することができる。

(6) 非自発的入院

措置入院・医療保護入院という 2 種類の非自発的入院が存在するわが国とは異なり、アルバータ州の精神保健法に規定される非自発的入院は 1 種類である。

1) 非自発的入院の要件

精神保健法 2 条によれば、非自発的入院の要件は、以下の 3 つである。

- ① 精神障害に罹患していること **suffering from a mental disorder**
- ② 人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体に関する実質的な病状悪化のおそれ、あるいは、重篤な身体障害のおそれがあること **likely to cause harm to that person or others, or to suffer substantial mental or physical deterioration or serious physical impairment**
- ③ 精神保健法の強制入院以外に適切な入院の方法がないこと **unsuitable for admission to a facility other than as a formal patient**

②の要件のうち、「人や物に対して危害を加えるおそれ」は、わが国の精神保健福祉法の措置入院の要件とされる「他害のおそれ」に相当すると考えられる。「重篤な身体障害のおそれ」の要件は比較的最近の改正で新たに付け加えられた要件であるとのことである。他の 2 要件に比べて具体的に、精神障害のために病識の十分でない患者にもわかりやすい要件として加えられたとのことであった。

③の要件である「精神保健法の強制入院正式入院以外に適切な入院の方法がない」場合とは、具体的には、「突然に病院をでて危害を生じる懸念があるとき (例えば任意入院では自殺のリスクが高い場合など)」、「入院や治療について理解し同意を与える能力を欠いていると考えられる場合」、「能力のある人、あるいは無能力の人の代理人・後見人・代行決定者 **substitute decision-maker**

(SDM) が、精神科治療のために入院することへの同意を拒否している場合」などである (前掲書・p 20)。

2) 非自発的入院の手続

A) 入院診断書の発行と効力

医師 (physician) は、診察した人が非自発的入院の 3 要件を満たすと診断したときには、診察後 24 時間以内に、定められた様式による入院診断書 (admission certificate) を発行することができる (2 条)。この入院診断書は、所定の様式の名前にちなんで Form 1 と呼ばれている。

Form 1 が発行されると、以下のことを行う法的権限が生じる。①精神科病院で診察を受けさせるために患者の身柄を拘束 (apprehend) し、病院に搬送 (convey) すること、その間に、患者のケア (care)、観察 (observe)、評価 (assess)、拘束 (detain)、管理 (control) を行うこと (4 条 (1) (a))、③病院到着後 24 時間以内の患者のケア、観察、診察 examine、評価、治療 treat、拘束、管理を行うこと (4 条 (1) (b))。

入院診断書の効力は、72 時間以内 (4 条 (2)) とされている。

なお、入院診断書発行のために必要とされる医師の診察場所について限定はなく、自宅や救急外来、警察署などでも診察可能である。

B) 精神科病院到着後の診断—非自発的入院の成立

病院管理者は、到着後可及的速やかに搬送されてきた患者に診察を受けさせるよう努める (5 条 (1)) こととされている。1 人目の医師の入院診断書 (Form 1) に基づいて搬送されてきた人あるいは拘束されている人は、病院到着後 24 時間以内に 2 人目の医師による第 2 の入院診断書が発行されなければ、その時点で搬送・拘束する権限が終了し、退院となる (5 条 (2) (3))。

2 人目の医師による入院診断書が発行されると、患者のケア、観察、診察、評価、治療、拘束、管理を行う権限が生じ、患者の非自発的入院が成立し、患者は精神保健法の強制入院患者 (Formal Patient) となる。入院診断書による拘束の有効期間は、2 通目の診断書の発行日から 1 か月である (7 条 (1))。なお、2 通のうちの少なくとも 1 通は、入院先の病院のスタッフによるものでなければならない (7 条 (2)) とされている。

C) 非自発的入院の更新

2 人の医師が、非自発的入院中の患者を、個別に診察した結果、引き続き非自発的入院の 3 要件を満たしていると判断した場合、患者の診察後 24 時間以内に所定の様式 (Form 2) による更新診断書 (Renewal Certificate) を発行すると、非自発的入院は更新される (8 条 (1))。2 人の医師のうち、最低 1 人は病院のスタッフである必要があり、ま

た、最低 1 人は精神科医でなければならない。(8 条 (2))

更新の期間は、1 月、1 月、6 月、以後、6 月ごと (8 条 (3)) である。

D) 告知

非自発的入院やその更新がなされた場合には、精神科病院の管理者は、患者、患者の代理人・代行決定者、NR (患者が拒否していない場合のみ) 患者の指定した人に対して、入院診断書が発行された理由、非自発的入院の根拠と期間、レビューパネルの機能ならびにレビューパネルに治療命令や無能力の認定に対して異議申し立てができること、レビューパネルの連絡先、入院診断書・更新診断書に異議申し立てができることについて、診断書の写しやパンフレットなども用いて、わかりやすいことばで書面ならびに口頭で告知しなければならない (14 条)。

E) 非自発的入院中の治療

わが国と同様に、非自発的入院中の患者であっても、患者の同意を得ずに治療を行うことが許されているわけではない。意思決定に関連する内容を理解 (understand) し、意思決定の結果を認識 (appreciate) している場合に、その人は治療同意能力 (competence to make treatment decision) があると判断される (26 条)。

医師は、非自発的入院患者が治療同意能力を欠くと判断した場合には、所定の書式による治療同意無能力診断書 (certificate of incompetence to make treatment decisions : Form 11) を作成し、精神科病院の管理者に提出する (27 条 (1) (2))。精神科病院の管理者は、患者やその代理人・後見人、患者自身の反対がなければ NR に対して、Form 11 の写しとレビューパネルに審査を求めることができることを伝えなければならない (27 条 (3))。

レビューパネルによる審査を請求する場合には、患者やその代理人は、審査請求書 (Application for Review Panel Hearing Form 12) をレビューパネルに提出する。レビューパネルは聴聞を開き、治療同意能力の有無について審査し決定する。レビューパネルの決定は、審査請求書到着後 7 日以内 (40 条 (3)) に行わなければならない。レビューパネルの審査結果が出るまでは、診断書は有効とはならず、患者の重篤な自傷・他害行為を防止するために行われる必要最低限の治療的介入 (投薬・物理的有形力の使用、器具の使用など) 以外の治療的介入は行えない (30 条)。

レビューパネルに対する審査請求が行われなかった場合やレビューパネルの審査で無能力と判断された場合には、代行決定者 (Substitute decision maker) の同定が行われる。代行決定者が治療に同意する場合には、患者の意向の確認が行われる患者が治療に反対していなければ治療を行うことができる。患者が治療に反対している場合は、

代行決定者が患者の代理人か NR であるかが問題になる。代行決定者が患者の代理人か NR でない場合には、治療を行うことができる。しかし、患者の代理人か NR である場合には、第 2 の医師 (second physician) による治療同意能力に関する診察が行われる (28 条 (5))。第 2 の医師も無能力と判断すると治療を行うことができる。

医師が最初から治療同意能力ありと判断している患者が治療に同意しない場合 (29 条 (1))、レビューパネルの審査で治療同意能力ありと判断された患者が治療に同意しない場合、代行決定者が治療に同意しないが治療を行うことが患者の最善の利益であると判断した場合 (29 条 (2))、第 2 の医師が治療同意能力ありと判断した場合には、治療にあたる医師は、治療命令 (treatment order) を求めてレビューパネルに審査を求めることができる。治療命令のためのレビューパネルの審査も審査請求書到着後、7 日以内行うことが定められている (40 条 (3))。27 条に基づく治療同意無能力に関する審査と同様に、29 条に基づく治療命令に関する審査についても、審査結果がでるまでは、患者の重篤な自傷・他害行為を防止するために行われる必要最低限の治療的介入 (投薬・物理的有形力の使用、器具の使用など) 以外の治療的介入は行えない (30 条)。レビューパネルの審査の結果、治療命令が出されれば、提案される治療を行うことができるが、治療命令が出されない場合には、必要最低限の治療的介入以外の治療的介入は行えない。

なお、精神保健法に規定はされていないが、実務においては、治療にあたる医師が Form 11 を作成する場合には、第 2 の医師の治療同意能力に関する評価も求めることが多いという。

F) 非自発的入院の終了 (退院)

患者が非自発的入院の要件を満たさなくなった場合、医師は、非自発的入院を解除 (cancel) しなければならない (31 条 (2))。なお、非自発的入院が解除された場合でも、患者は、自由入院患者として病院で入院を継続することも可能である (31 条 (3))。なお、レビューパネルが、非自発的入院の解除を決定した場合には、精神科病院の管理者はその決定に従わなければならない (31 条 (1))。また、非自発的入院が解除される場合には、病院の管理者は、患者の後見人、NR (患者が拒否しない場合にかぎる)、患者の家庭医 (退院要約ならびに退院後に必要な治療に関する勧告をそえて) に対して、患者が退院することを通告しなければならない (32 条 (1))。また、患者の主治医や医療スタッフ委員会 (a committee of the medical staff) での意見も踏まえたうえで、病院の管理者が退院を求めたにもかかわらず、患者が退院を拒否した場合には、大臣 (Minister) は、その病院からの移送や退院を宣告し、あるいは他の

病院や病棟、ナーシングホームなどへの移送を宣告することができる(32条(2))。これらの宣告を受けたにもかかわらず、病院に留まろうとする者は、不法侵入者(trespasser)として扱われる(32条(3)(4))。

(7) 医師の診察を受けさせるための拘束・搬送

前項で述べたように、医師による非自発的入院に関する診断書(Form 1)が発行されれば、その権限に基づいて、診察を受けさせるために患者を拘束し、精神科病院に搬送することができる。しかし、医師の診断書を得ることができない場合には、以下の2種類の令状によって、患者を拘束したり搬送することができる。

1つめは、精神科病院で診察を受けさせるために患者の身柄を拘束する令状(Warrant for apprehension)である。精神保健法10条(1)は、精神障害に罹患(10条(1)(a))し、人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体に関する実質的な病状悪化のおそれ、あるいは、重篤な身体障害のおそれがあると、合理的かつ確実に思われる人については、誰でも、地方裁判所(Provincial Court)に対して、宣誓したうえで、その患者の情報を提供できると規定されている。また、CTOに付されている人がCTOで付与されている遵守事項を守っていない場合にも、その情報を地方裁判所に提供できる。この情報提供に使用される様式は、Form 7と呼ばれている。なお、この情報提供できる人については、限定はなく、警察官も含まれている。

判事は、当該患者が、人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体に関する実質的な病状悪化のおそれがあるか、重篤な身体障害のおそれがある場合、あるいは、CTOの遵守事項を守っていないことを認定し、他の方法では患者に診察を受けさせることができないと判断すると、判事は、診察のための身柄拘束令状(Warrant, Form 8)を発行することができる。この令状によって、警察官は、当該患者を診察のために身柄拘束し、病院へ搬送することができる。令状の発行により、患者の搬送中のケア、その他を行うことができる権限が生じる。多くの場合、患者は病院の救急部門に搬送され診察を受けることになる。令状の効力は7日間であるが、警察官の申請に基づき、判事は、1度だけ、7日間まで効力を延長できる(11条)。なお、警察官の申請は、電話その他の方法でもよいとされている。

家族等が患者を精神科病院へ連れていくことができないときなどにも、この条項が利用されることがある。

もうひとつは、12条に規定される警察官権限(Peace officer's power)による搬送である。警察官は、①精神障害に罹患している、②人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体

に関する実質的な病状悪化のおそれ、あるいは、重篤な身体障害のおそれがあるか、CTOの遵守事項を守っていない、③その人の安全や他者の安全のために診察が必要である、④10条の手続きをとっているには危険な状況にある、場合に、当該患者を診察のために身柄拘束し、病院へ搬送することができる。この場合に使用される書式は、Form 10である。警察官権限が使用されるのは、暴力的なケースが多いとのことであった。

(8) Community Treatment Order

アルバータ州では、2010年よりCommunity Treatment Order(CTO)の制度が導入された。ちなみに、現時点で、カナダでCTOが導入されているのは、アルバータ州とオンタリオ州の2州である。

CTOは裁判所の命令によって行われるものではなく、医師の診断書に基づいて行われる。CTOの発効には、2人の医師の診断書が必要であり、そのうち1名は精神科医でなければならない(9.1条(1))。なお、精神科医が得られない場合には、精神科病院の管理者や地域保健当局(regional health authority)は、医師や保健専門職(health professional)を規則に基づいて指定して、CTOの発行(issue)、更新(renew)、変更(amend)、終了(cancel)ならびにCTOの遵守事項違反に伴う身柄拘束命令(apprehension order)を出すことを行わせることができる(9.7条)。規則に基づいて指定された医師は指定医(designated physician)、指定された保健専門職は指定保健専門職(designated health profession)と呼ばれる。

CTOを発動するためには、以下のすべての条件を満たしていなければならない。

- (a) 精神障害に罹患しており
- (b) (i) 直近3年間に、2回以上、あるいは、30日以上、(A)精神科病院に非自発的入院をしている、(B)病院や保護施設に収容されており、その間に、2条に規定される非自発的入院の基準を満たしている、いたと判断される場合、(C)(A)と(B)の双方を満たす場合、(ii)直近3年間にCTOを受けていた、(iii)コミュニティにいるときに、継続して治療を受けていないと、人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体に関する実質的な病状悪化のおそれがあることを示すような、再発性(recurrent)あるいは反復性(repetitive)の行動パターンを示していた、の3つの条件の1つ以上を満たしており、
- (c) 72時間以内に当該患者を個別に診察した2人の医師が、継続して治療を受けていないと、人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体に関する実

質的な病状悪化のおそれがあることで、意見が一致しており、

- (d) 当該患者に必要な治療やケアがコミュニティで提供でき、
- (e) 当該患者が CTO で設定される治療やケアに関する条項に従うことができ、
- (f) (i) CTO に対する患者の同意（患者が同意能力を欠くときは、代行決定者の同意）があるか、(ii) 同意が得られない場合でも、他者への危害のおそれを防ぐために必要とされる治療やケアを継続しなかったことがこれまでの経緯で明らかであり、CTO が合理的であり、非自発的入院を続けるよりはより制限の少ない手段であると医師が判断している。

CTO の診断書は、所定の様式 (Issuance of CTO : Form 19) で記載されなければならない。医師の氏名、診察日時と場所、診断の根拠となった事実、行われるべき治療・ケアの内容、スーパービジョンと報告の責務を負う人の特定、医師の署名が必要とされる (9.2 条 (2))。CTO は、発行日から 6 か月間有効 (9.2) であり、有効期限内であればいつでも規則に従って 6 か月の期間で更新可能である (9.3 (1))。更新回数に制限はなく (9.3 (2))、更新時の要件は、最初の要件と同様 (9.3 (3)) である。精神科医は、規則に従って CTO の内容を変更することができ (9.4)、上述の CTO の要件のうち (b) から (d) のいずれかを患者が満たさなくなった場合には、いつでも CTO を終了させることができる (9.5 条)。

患者が CTO に規定されている遵守事項を守っていない場合には、精神科医は、所定の様式 (Form 23) によって CTO 身柄拘束命令 **Apprehension Order** を発行することができ、この命令に基づいて、警察官 (**peace officer**) は、診察のために患者の身柄拘束を行い、精神科病院に搬送することができる (9.6 条 (1))。ただし、身柄拘束命令を出す前に、精神科医は、患者に CTO の遵守事項を守っていないこと、守れないまましていると身柄拘束命令がでて診察のために精神科病院に搬送されることと診察の予測される結果を知らせ、患者が CTO を守れるように合理的な援助 (**reasonable assistance**) を提供しなければならない (9.6 条 (2))。

CTO 身柄拘束命令の有効期間は発行日から 30 日以内である (9.6 条 (3))。

CTO 身柄拘束命令や 10 条、12 条の規定に基づいて、CTO の不遵守を理由に精神科病院に搬送された患者については、精神科病院の管理者は可及的速やかに、ただし、病院到着後 72 時間以内に、2 人の医師（そのうち 1 人は精神科医）による診察を行わなければならない。医師による診察では、CTO を終了として、CTO なしでコミュニティへ帰すか、必要な改定を行ったうえで CTO を継続する

か、CTO を終了して、非自発的入院を発動するかのいずれかを決定しなければならない。

(9) 審査機関—レビューパネル

非自発的入院患者や CTO を受けている患者、そして精神科病院の管理者や治療にあたる医師からの審査請求を受けて、聴聞 (**hearing**) を開催し、審査のうえ、必要な決定を行う機関として、レビューパネル (**Review Panel**) が設置されている。

レビューパネルは、法律家 (**lawyer**)、精神科医、医師、一般市民 (**member of the general public**) の 4 名で構成される (34 条 (4))。なお、議長ないし副議長は必ず法律家でなければならない (34 条 (1))。レビューパネルの定足数は 4 名であり、決定は投票で行われる。ただし可否同数の場合には、議長または副議長 (法律家) が決する (35 条)。

審査対象となる患者が入院している病院のスタッフは、レビューパネルの構成員になれない (36 条 (1))。また、患者の親族、配偶者、患者を治療中ないし治療したことのある精神科医・医師、患者の代理人である法律家は、レビューパネルの構成員になれない (36 条 (2))

患者ならびに患者の代理人は、レビューパネルに対して、①非自発的入院 (**Form 1**) ならびにその更新 (**Form 2**) に対する異議申し立て、②CTO に対する異議申し立て (38 条 (1.1))、③非自発的入院中の患者に対する医師の無能力という判定に対する異議申し立て (27 条 (3))、④矯正施設 (**correctional centre**) への再移送の申請 (33 条)、に関する審査を請求することができる。

医師は、レビューパネルに対して、①判断能力があると判定された非自発的入院中の患者が治療を拒否した場合、②判断能力なしと判定された非自発的入院中の患者に関する治療の決定権限をもつ人が、治療を拒否した場合に、治療を行ってよいかどうかについての審査を請求することができる。

また、非自発的入院中の患者については、6 か月、CTO 中の患者に関しては、最初の更新ならびにそれ以降は 2 回目の更新のたびに、自動的にレビューパネルの審査対象となる (39 条)。

なお、レビューパネルの決定に不服の場合は、高等法院 (**Court of Queen's Bench**) に上訴することができる。

(9) 非自発的入院・CTO の運用の実際

共通事例に関する聞き取り調査の結果を以下に示す。

(共通事例 1)

46 歳、女性、連絡可能な親族なし。45 歳時、夫を事故で亡くし遺族年金と保険金で生活していた。通院が不規則となり、自宅に閉居し、大小のごみを屋敷内に溜めるようになった。家前にもごみを積み異臭を放っていたため、近隣住人が役所に相談したもの。

(共通事例 2)

38 歳、男性、33 歳時、興奮を来し、窃盗、暴行で逮捕された。その後、自宅に閉居し、母親に暴力をふるい、姉や姪に対して強く怒りを表す。被害妄想から、窓に目張りをしたり、防犯カメラを設置したりした。家人が民間の患者搬送サービスを依頼し本人を精神病院に受診させたところ、本人は、「ぶちこめばいいと思ってるんだろうが！」「覚えてろよ！」等と興奮した。

・ 事例 1, 2 に大きな違いはない。いずれも妄想がある。病識がなく、自分で判断できない状態にあると考える。

・ 自分自身および他人に対する危険性があると考え。特に事例 1 では、自分自身に対する危険性があるとみなす。

・ 強制入院の手続きをとるだろう。判断能力の有無は二人の精神科医が決定する。二人目の医師のセカンドオピニオンが必要な場合とは、患者および代行決定者が入院に反対したが、治療が必要と思われる場合である。セカンドオピニオンの医師は精神科医であることが望ましいが、小規模な施設では家庭医 (family physician) が行うこともある。

・ Form 11 を記入し、抗精神病薬により改善を図るため強制治療を行うことになるだろう。レビューパネルが 1 週間以内に判断する。レビューパネルが治療同意能力なし (incompetent) であると判断するまでは、医療者は、患者に治療同意能力がある (competent) と想定して治療する必要がある。例えば、経口薬処方では可能であるが、強制注射はできないというものである。レビューパネルが治療命令を出せば、その後は強制治療が可能となる。治療命令は頻用されている。

・ 精神症状が改善した後も病識が不十分であれば、CTO を開始するだろう。カナダの CTO は良好に機能しているが、妄想が強い患者ではうまく機能しない場合もやはりある。CTO の利点は、通院が中断した際の入院介入を含め、確実にフォローアップが実施できることである。CTO がついている場合であっても、居宅や居場所のないケースで行方不明になった場合、専門の警察チーム PACT team が介入する場合もある。

訪問調査施設の概要や CTO に関する聞き取り調査の結果については、別紙資料を参照されたい。

D. 考察

カナダアルバータ州の精神保健法の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考察する。

1) 非自発的入院の対象者

アルバータ州の非自発的入院に関する診断書は、Form 1 と Form 2 の 2 種類があるが、両者の要件

は、同一であり、後者は前者の更新であり、ひとつの入院形態である。非自発的入院の要件は、①精神障害に罹患していること、②人や物に対して危害を加えるおそれがあるか、精神や身体に関する実質的な病状悪化のおそれ、あるいは、重篤な身体障害のおそれがあること、③精神保健法の強制入院以外に適切な入院の方法がないこと、の 3 つである。

精神障害 (mental disorder) については、精神疾患名の例示で定義されているわが国の精神保健福祉法とは異なり、「思考、気分、知覚、見当識、記憶の実質的な障害で、判断、行動、現実を認識する能力や通常の生活で必要とされることを行う能力を大きく損なうもの」と具体的な症状とその症状による判断能力や日常生活での能力障害に焦点をあてた定義がなされている。また、②の要件は、わが国の自傷・他害のおそれと似た要件のようにも思われるが、病状悪化のおそれや重篤な身体疾患のおそれなど、より具体的に定義されている。こうした、精神障害や非自発的入院の要件に関する具体的な定義の仕方は、非自発的入院となる患者やその家族など、精神保健や法律の専門家でない人にもよりわかりやすく、理解を得られやすいものとなっているように思われる。

病状悪化のおそれや重篤な身体疾患のおそれが要件に入れられているように、アルバータ州の非自発的入院の要件は、明らかにわが国の措置入院の自傷他害のおそれよりより広い。実際、運用に関する聞き取り調査でも、わが国は医療保護入院相当と考えられている共通事例 1, 2 ともに非自発的入院の対象とされるとのことであった。

なお、イギリスと同様にアルバータ州でも非自発的入院は、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いる。また、非自発的入院を受け入れる精神科病院の運営は、イギリスと同様に Alberta Health Services という公的機関が行っている。

わが国の医療保護入院制度の改正にあたっては、保護者制度を廃止した場合に患者の医療費を誰が負担するのかが論点のひとつとなった。アルバータ州では、医療費は原則として無料であるが、薬剤費に関しては自己負担があるとのことであった。

こうした非自発的入院制度の相違や医療の供給体制の相違は、わが国の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る。

2) 非自発的入院の根拠

アルバータ州の精神保健法による非自発的入院は、2 人の医師による医学的診断のみによって行われている。家族等による同意が必要なわが国の医療保護入院制度はもとより、最も近い関係者 (Nearest relative) や認定精神保健専門職 (Approved mental health professional) による申請を必要とするイギリスの民事手続きによる非

自発的入院とも大きく異なり、いわゆるメディカル・モデルが貫徹された制度設計になっているように思われる。

3) 診断する医師の資格

非自発的入院の要件を診断する医師の資格については、Form 1による入院では医師2名と規定されているだけで、特に精神科医という資格は必要とされてはいない。Form 2やCTOでは、医師2名のうち、1名は専門家である精神科医である必要が生じる。Form 1は1月という期間限定の診断書であり、Form 2はそれ以降の、長期間にわたる非自発的入院の根拠となる診断書である。つまり、非自発的入院の期間によって、診断する医師の資格を分けているのである。

医療保護入院制度の見直しに関する議論の過程で、医療保護入院に必要な医師の診断を精神保健指定医1名から精神保健指定医2人へと変更すべきではないかという提案がなされた。しかし、精神保健指定医2名を確保することが難しいという理由で、その導入は見送られた。わが国でもすでに特定病院では、精神保健指定医でない特定医師の診断で72時間を限度に医療保護入院、応急入院を行うことができる制度が導入されている。わが国の医療保護入院制度の在り方を考えるとき、アルバータ州の非自発的入院のように、非自発的入院の期間に応じて、診断を行う医師の資格要件を変更するというのも、検討されてもよいのではなかろうか。

なお、CTOに関しては、精神科医が得られない場合には、指定医や指定保健専門職が精神科医の役割を代行することが可能となっている。こうした制度、特にCTOに関して指定医や指定精神保健専門職の制度が取り入れられていることの背景には、広大な面積をもち、人口密度が低いというアルバータ州の地理的な問題があると思われる。

3) 非自発的入院に関する家族の役割

アルバータ州の精神保健法のなかで、家族が関係する制度は、NRの制度のみである。NRは、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。しかし、アルバータ州の精神保健法では、NRが関与しなければできない手続きは基本的にはないといってもよい。非自発的入院の連絡や権利の告知についても、患者本人が拒否している場合にはNRに連絡や告知をしなくてもよいことが明記されている。また、非自発的入院中の治療同意に関する手続きでは、NRが代行決定者である場合には、後見人や公的後見人(Public Guardian)が代行決定者である場合には必要のない、第2の医師による治療同意能力の評価が必要とされている。

つまり、アルバータ州の精神保健法による非自発的入院では、患者本人の意向が尊重され、患者と疎遠な家族が関与しないと進まない手続きはな

い。家族に対して患者の権利擁護者としての機能も期待されていないのは、アルバータ州の精神保健法のひとつの特徴といえよう。

カナダではいわゆる成年後見制度に関する法整備が進んでおり、医療や介護に関する代行決定に関しても法整備がなされている。アルバータ州では、Adult Guardianship and Trusteeship Actのなかに、医療行為に関する代行決定の行い方や代行決定者の選び方が規定されており、精神保健法のなかにも治療同意に関する代行決定者の選任に関する規定もある。わが国の「家族等」やイギリスのNRに期待される権利擁護者の機能は、こうした手続きを経て選任される代行決定者が担っているといえよう。

4) 治療同意に関して

非自発的入院中の患者に対する治療同意の問題は、わが国の今後の精神科医療の在り方を考えていくうえでも重要な課題といえよう。アルバータ州の非自発的入院制度における治療同意の能力の定義や評価の方法、レビューパネルによる迅速な審査を含め、治療同意能力の有無によって分けられている非同意治療にいたるプロセスなどは、わが国における治療同意の問題を考えるうえでも参考になると思われる。

E. 結論

カナダアルバータ州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。

具体的でわかりやすい精神障害の定義や非自発的入院の要件の設定、2人の医師の判断のみで非自発的入院が正当化されていること、非自発的入院に家族が関与しないこと、権利擁護者としての代行決定者の規定やレビューパネルによる迅速な審査、治療同意に関する規定など、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