

201516022B

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～ 27 年度 総合研究報告書

研究代表者 山 本 輝 之

平成 28 (2016) 年 3 月

# 目次

## I. 平成 25 年～ 27 年度 総合研究報告

### 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 (日本語版)、(英語版) 事例 1, 2 (日本語版) (英語版)

## II. 平成 25 ～ 27 年度 分担研究報告

### 1. アメリカ合衆国調査の概要..... 25

飯野 海彦 北海学園大学 法学部

黒田 治 都立松沢病院

川本 哲郎 同志社大学法学部

(資料) 1～5

### 2. フランスにおける非同意治療に関する研究..... 49

八木 深 国立病院機構 花巻病院

### 3. イギリスにおける精神保健福祉制度の調査・研究..... 73

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) 1～7

### 4. 韓国調査報告..... 107

水留 正流 南山大学法学部

### 5. カナダにおける精神保健医療制度に関する調査・研究..... 115

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 Loughed 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

6. ドイツにおける精神保健医療制度に関する調査・研究..... 153

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

7. 台湾における精神保健医療制度に関する調査・研究..... 187

町野 朔 上智大学名誉教授

①台湾精神医療調査の概要 (町野朔 上智大学名誉教授)

②台湾「精神衛生法」の制定と改正

(富山侑美 北海道大学大学院法学研究科博士後期課程)

③台湾の強制入院手続における患者の権利保護

(飯野海彦 北海道学園大学法学部教授)

④台湾の精神医療の現在 (高柳功 医療法人社団四方会有沢橋病院 理事長・院長

谷野亮一郎 医療法人社団和敬会谷野呉山病院 院長)

⑤台湾における強制入院の実際 (松木崇 横浜仲通り法律事務所 弁護士、

高柳功 医療法人社団四方会有沢橋病院 理事長・院長

谷野亮一郎 医療法人社団和敬会谷野呉山病院 院長)

(資料)

1. 台湾精神衛生法和訳

2-1. 心口司への質問 (日本語文)

2-2. 台湾心口司への質問 (中国語訳)

2-3. 台湾心口司への質問 (英文)

8. イタリアにおける精神保健医療福祉の概要..... 243

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

(資料)

1. 共通調査項目 (イタリア語版)

2. 事例 1 (イタリア語版)

3. 事例 2 (イタリア語版)

平成 25 ～ 27 年度 総合研究報告書

精神保健医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

山本 輝之

成城大学法学部

平成 25～27 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）

総合研究報告書

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、それにもなつて、医療保護入院の要件から保護者の同意を削除し、それに代わつて、「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。

①アメリカ、②フランス、③イギリス、④韓国、⑤カナダ、⑥ドイツ、⑦台湾、⑧イタリアにおける、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。

各国の非自発的入院制度や精神医療のあり方は様々であったが、それぞれ長所と短所があり、今後、わが国の医療保護入院制度を始めとした精神保健医療体制のあり方を考えるうえで、貴重な示唆を得ることができた。

#### 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）

町野朔（上智大学名誉教授）

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（南山大学法学部准教授）

柑本美和（東海大学大学院実務法学研究科）

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）

中元総一郎（一般財団法人成研会附属汐の宮温泉病院）

高柳功（医療法人社団四方会 有沢橋病院理事長・院長）

谷野亮一郎（医療法人社団和敬会 谷野呉山病院院長）

松木崇（横浜仲通り法律事務所・弁護士）

富山侑美（北海道大学大学院法学研究科博士後期課程）

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）

吉岡眞吾（国立病院機構東尾張病院司法精神医学部長）

## 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、それにもなつて、医療保護入院の要件から保護者の同意を削除し、それに代わつて、「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

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、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）について、平成 27 年度は、①台湾、②イタ

リアについて調査・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。さらに、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、各国の調査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。

以下に、各国の調査の概要を示す。

### (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 についてインタビ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

精神医療に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 についてインタビューを行った。

## (5) 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。

## (6) 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。

## (7) 台湾

①2007 年に改正された台湾精神衛生法における強制入院、強制地域医療の実際、②精神医療における精神障害者の家族の役割、③精神障害者の人権の保護などの調査を行った。

## (8) イタリア

①同国における強制入院の制度、②地域精神保健医療福祉サービスについて調査を行った。また、同国においては、2014 年から司法精神病院の閉鎖が開始されたが、そのことが、地域精神保健医療福祉システムに大きな影響を与え、触法精神障害者の地域における処遇をめぐって新たな課題に直面していることから、その実態を調査する

ため、旧司法病院であるマントヴァ県 Castiglione delle Stiviere を訪問し、スタッフとの面談を行った。

## C. 結果と考察

### (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、精神障害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、後見的役割を担わせており、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、精神保健法 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。

#### (5) 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。

#### (6) 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。

## (7) 台湾

### ①強制入院制度

台湾においては、1990年に「精神衛生法」が成立したが、その時から入院制度としては、日本の措置入院に相当する強制入院制度しかなく、医療保護入院に該当するものは存在していなかった。このような体制は、2007年の改正法においても維持されている。しかし、この強制入院の手続は、日本の措置入院のそれに比べて厳格であり、煩瑣であること、および強制入院の費用は中央政府（心口司）が支払わなければならないという医療経済的な理由により、台湾における強制入院の比率は極端に低く、入院者の大部分は、精神衛生法に規定のない、患者本人の同意による「一般入院」によるものとなっているのが実態のようである。また、この一般入院においては、かなり意思能力の減退した状態の患者についても入院への同意を認めるのが実際のものであり、そのような患者は、保護人がいなければ入院手続をとることが難しいということから、保護人の同意がその実際上の要件となっているようである。

なお、事例1、2について、台湾の精神衛生法では、①対象者が「重度精神障害者」であること、②対象者に「他傷、自傷または傷害の恐れ」があること、の2つが強制入院の要件となっていることから、2つの事例においては、①の要件は満たしている

が、事例1については、②の要件が満たされていないため、強制入院は認められないというのが、ほぼ一致した回答であった。

### ②強制地域医療制度

これは、1990年法には規定されておらず、2007年の改正法で初めて規定された治療システムである。これは、1) 強制入院により病床が埋まってしまうことを回避する、2) 一度入院治療を受けた者の条件付き退院の手段としてこのよう制度を活用することにより、できるだけ地域と連携した精神医療の実現を図るという目的で導入されたものである。このような制度は、わが国の精神保健福祉法には存在しておらず、今後の同法の改正にあたって参考になるものと思われる。もっとも、台湾においては、この制度が適用されたケースはほとんどないようである。それは、1) 実際に患者に強制的に服薬をさせることは困難である、2) この制度によって治療ができる程度ならば家族の同意で入院させることができる、という理由によるようである。わが国の精神保健福祉法に導入する際には、このような点も踏まえて検討することが必要である。

### ③精神障害者の家族の役割

台湾の精神衛生法には、わが国では廃止された保護者制度と類似した「保護人」の制度が存在する（法19条）が、台湾においては、前述したように、保護人の同意による強制入院の制度は存在しない。そのため、

台湾では、わが国の精神保健福祉法における医療保護入院にあたるようなケースについては、医師が患者本人に入念なインフォームド・コンセントを行い、患者本人の同意を得ることによって一般入院として処理し、家族はその入院手続の段階に限ってかわるにすぎないとされている。これは、入院は、あくまでも精神障害者本人の意思と責任においてなされるものであるとすることにより、家族の責任と負担を軽減しようとするものであり、わが国においても参考とすべきものである。もっとも、台湾においては、患者本人の同意が半ば強制的に取られているという実態があり、その点で、精神障害者の権利擁護という点で問題があるという課題も存在する。

#### ④精神障害者の人権の保障

2007年に改正された精神衛生法は、まず、1) 1990年法では見送られていた、強制入院に関する「審査会制度」を導入した。これにより、精神障害者の権利擁護の義務と責任を家族から社会や専門家に委ねることとする体制が整備されたことになる。審査会では、強制入院の要件を厳格に審査するため、書面審理だけではなく、テレビモニターを通じて、医療施設に居る担当医師や鑑定に当たった指定医師とミーティングを行い、重度精神障害者に直接問診も行われている。そのほか、2007年法においては、2) 緊急安置の制度、3) 強制入院について

の裁判所への不服申し立て制度、4) NGOに対する強制治療についての監督権限の付与などが導入により手続的保障が整備され、精神障害者の人権保障の制度が一段と充実した。このような、台湾における精神障害者に対する強制治療における手続的保障のあり方は、わが国における精神保健福祉法の改正においても大いに参考になるものと思われる。

#### (8) イタリア

##### ①強制入院制度の概要

強制入院に関する規定は、1987年の法833号33～35条に定められている。その概要は、以下のようなものである。

##### 1) 要件

ア) 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、イ) 本人が治療を拒否していること、ウ) 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。

##### 2) 手続

ア) 触法精神障害者以外の者については、2名の医師が、当該患者に強制入院が必要と判断した場合、市長に強制治療（Trattamento Sanitario Obbligatorio, TSO）の申請をし、市長が承認の可否を判断する。承認された場合は、7日を限度に強制入院が可能となり、必要に応じて延長ができる。

強制入院に対する異議申し立ては、強制入院の適切性を管理する責任を負っている、州の治安判事に対して行う。異議申し立ては、誰が行ってもよいとされている。

イ) 触法精神障害者については、逮捕、勾留後、裁判官によりその者に意思能力がないと判断された場合、専用の精神科病床に7日間を限度とする強制入院となり(手続により延長可能)、その間に、その後の処遇(刑務所に戻る、旧司法精神病院に転院等)が決定される。処遇の最終決定は、裁判官が行う。処遇の決定は、臨床的判断よりも司法的判断が優勢される傾向にある。

なお、事例1、2について、精神医療関係者にインタビューしたところ、イタリアでは、両事例とも、市長の承認による強制入院で対応することになるとのことであった。

## ②司法精神病院

イタリアでは、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、2014年に新たに発行された法律により、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。法律施行後は、旧司法精神病院は、Residential services for mental rehabilitation (REMS) に名称を変更し、「病院」ではなく、「施設」と位置付けられた。もっとも、そのような名称変更がなされたとはいえ、「施設」は、旧病院の建物を

一部改装したものであるため、窓には鉄格子がはめられたままであり、敷地の周囲は、わが国の医療観察法病棟の周囲にあるよりもはるかに高い柵が張り巡らされ、脱走防止のために武器を携行した警官が常時パトロールを行っている。

新たな法律では、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範囲内のみであり、その期間を過ぎれば退所させなければならないこととされたため、このことが、現在地域において非常に問題とされており、退所後の患者を継続的にモニタリングできるシステムをウェブ上に構築中とのことであった。

イタリアの精神科医療は、わが国のそれと比較して、入院を長期化させないための地域の受け入れ体制やケアマネジメントにおいて優れており、これらの点は、今後のわが国の精神保健医療体制の構築において、大いに参考になるものと思われる。

## D. 結論

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して、①アメリカ、②フランス、③イギリス、④韓国、⑤カナダ、⑥ドイツ、⑦台湾、⑧イタリアにおける、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。 なし。

各国の非自発的入院制度や精神医療のあり方は様々であったが、それぞれ長所と短所があり、今後、わが国の医療保護入院制度を始めとした精神保健医療体制のあり方を考えるうえで、貴重な示唆を得ることができた。

3. その他  
なし。

#### E. 健康危険情報

なし。

#### F. 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。

山本輝之「医療観察法における法的課題の検討」日本社会精神医学会雑誌 25巻1号（2016年2月25日刊行予定）78—84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

#### 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

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。

## Common Survey Questions

(1) Overview of the entire legal system

(2) Methods of counting the number of beds in case of involuntary hospitalization

1) What is the approximate ratio of psychiatric care beds to the overall population?

2) Of these, approximately how many are cases of involuntary hospitalization?

3) What sorts of diagnoses have been made for these people?

(3) Overview of hospitals for observation

1) What sort of people do these hospitals usually treat?

(4) In the event of presentation cases, do these correspond to cases of involuntary hospitalization or voluntary hospitalization?

(4)-1 Involuntary hospitalization:

1) What are the circumstances of the hospitalization of these people?

2) What are the legal grounds for this hospitalization? Also, what are the substantive requirements for hospitalization?

3) How does the law regulate the procedures leading up to hospitalization?

A) Is this by judicial review, or otherwise? If otherwise, what sort of institution or agency conducts this review?

B) Does the law specify certain persons to carry out this review and the procedures to be followed?

4) In practice, what kinds of procedures are conducted to determine involuntary hospitalization? Also, what sorts of people first suggest this involuntary hospitalization?

5) Approximately how many patients have been admitted through involuntary hospitalization in this way? Also, approximately what ratio of the total number of admitted patients does this kind of involuntary hospitalization occupy? Approximately how many days is the average period of hospitalization in these cases?

6) Who pays the hospitalization expenses in such cases?

(4)-2 Voluntary hospitalizations:

- 1) What are the circumstances of the hospitalization of these people?
- 2) Does a system exist to restrict hospital discharges? If yes, what are its legal grounds (and upon whose initiative) and its procedures? Who makes the decision? Who hospitalizes these patients? Who lifts these restrictions?
- 3) In the case of voluntary hospitalization, is this according to a contract? If so, between which parties is the contract concluded, and what kind of legal status does the admitted patient have in this case?
- 4) Who pays the hospitalization expenses in such cases?

(5) If the subject is a minor, is the case handled differently from those of legal adult age?

(6) In the event of presentation cases, if it is decided that the patient should not be admitted, what support is available?

(7) After admission, what kind of system exists to guarantee rights such as improved treatment, hospital discharge claims, visitation, etc?

(8) Is there any time limit on hospitalization? If so, approximately how long is this? Also, can the period of hospitalization be renewed? If yes, what kind of procedure does this involve?

(9) Regarding hospital discharge

- 1) What procedures are undertaken for hospital discharge?
- 2) In such cases, are there any procedures to restrict hospital discharge?
- 3) After hospital discharge, to what kinds of places do these people go?
- 4) What sort of persons plays a key role in social rehabilitation after discharge from hospital?

(10) People involved in hospitalization and discharge procedures

- 1) Aside from physicians, what kinds of people are also involved in these procedures?
- 2) Of these non-physicians who are involved, what kinds of qualifications do they have, and how are they selected?
- 3) Also, how are these people trained?

## 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。