

about his threatening behavior and mental instability to date. In response to his sister and niece's request for his hospitalization, he suddenly grew agitated and shouted "You just want to throw me in hospital, don't you!?" and "I'll get you for this!," trying to physically attack them. The designated psychiatrist who examined him made a diagnosis of schizophrenia, and given his remarkable aggression toward his family and the difficulty of continued outpatient treatment, judged that inpatient hospitalization would be necessary. However, since the patient himself did not consent to hospitalization, consent was obtained from his mother, who had accompanied him, and he was hospitalized for his own medical protection that day.

### **Status in hospital**

- Given the high risk of impulsive behavior judging from his agitated state on an outpatient basis, as well as the results of the examination by the designated psychiatrist, the patient was first placed in isolation. After commencing administration of risperidone at 1.5 mg, his agitation improved and he was released from isolation. He adapted well to the ward and his delusions were not marked, but during every family visitation he became agitated, threw objects, and showered his family with verbal abuse, such as "You tricked me into getting locked up in this place! You want to get me addicted to drugs!" At his initial admission, it seemed that an early discharge from the hospital might be possible, but considering that his (originally poor) family relationships were further complicated by his involuntary hospitalization, it was determined that any discharge to home would require careful judgment and coordination with his family. After his family was given some psychological education, and after safety was confirmed by allowing him to spend a few nights outside the hospital, he was discharged to home on July 6 the same year.

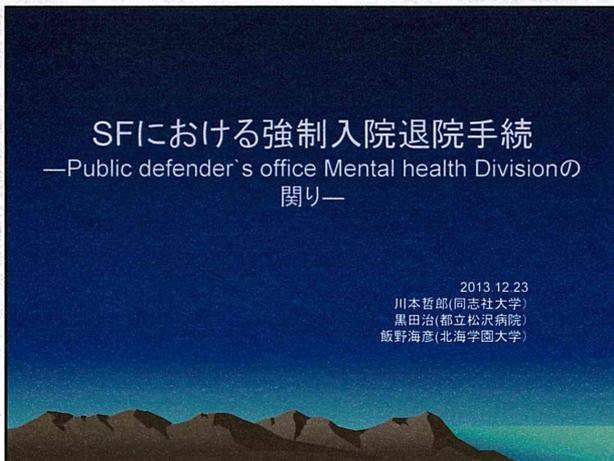
### **Current Status**

- At present, in August of year X, he continues to live as an outpatient at home, but his impulsivity and hostility to his family have continued and his family lives in fear of him.

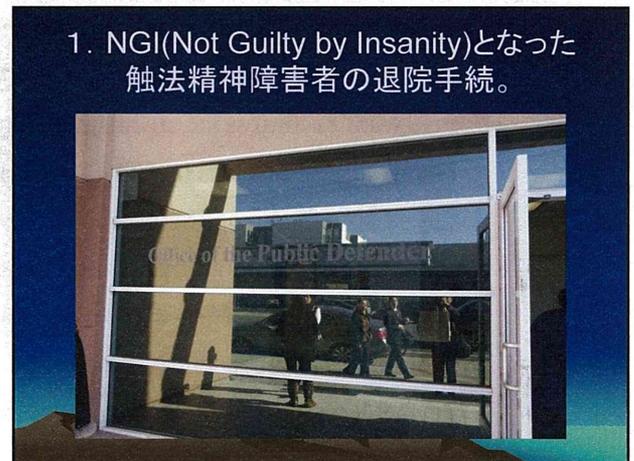
## SFにおける強制入院退院手続

—Public defender's office Mental health Divisionの関り—

2013.12.23  
川本哲郎(同志社大学)  
黒田治(都立松沢病院)  
飯野海彦(北海学園大学)

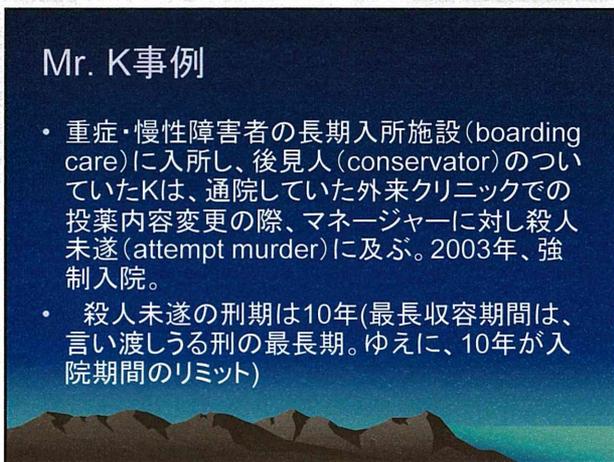


## 1. NGI(Not Guilty by Insanity)となった触法精神障害者の退院手続。

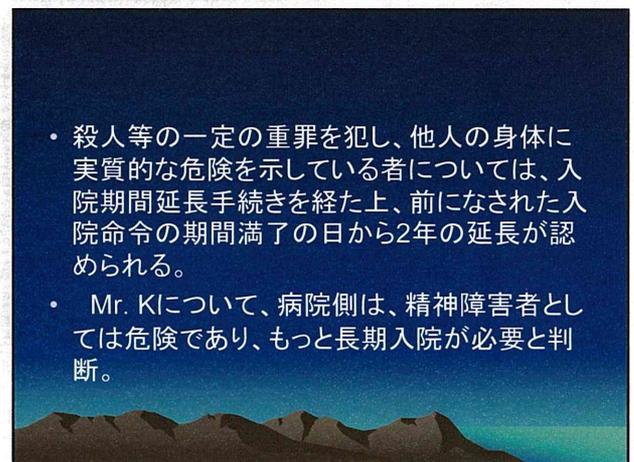


## Mr. K事例

- 重症・慢性障害者の長期入所施設 (boarding care) に入所し、後見人 (conservator) のついていたKは、通院していた外来クリニックでの投薬内容変更の際、マネージャーに対し殺人未遂 (attempt murder) に及ぶ。2003年、強制入院。
- 殺人未遂の刑期は10年(最長収容期間は、言い渡さる刑の最長期。ゆえに、10年が入院期間のリミット)



- 殺人等の一定の重罪を犯し、他人の身体に実質的な危険を示している者については、入院期間延長手続を経た上、前になされた入院命令の期間満了の日から2年の延長が認められる。
- Mr. Kについて、病院側は、精神障害者としては危険であり、もっと長期入院が必要と判断。

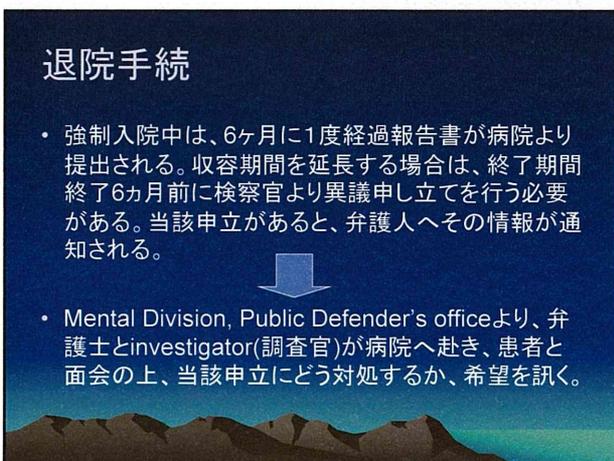


## 退院手続

- 強制入院中は、6ヶ月に1度経過報告書が病院より提出される。収容期間を延長する場合は、終了期間終了6か月前に検察官より異議申し立てを行う必要がある。当該申立があると、弁護士へその情報が通知される。

↓

- Mental Division, Public Defender's officeより、弁護士とinvestigator(調査官)が病院へ赴き、患者と面会の上、当該申立にどう対処するか、希望を訊く。



## 患者側異議申立方法は2つ

Jury trial  
or  
Bench trial (裁判官による事実認定)

Mr. Kは、Jury trialを選択  
対人恐怖を有する患者の場合は、Bench trialを選択。弁護士が付き、精神科医と検察官が出廷。



## 収容期間満了後も病院に留まりたい患者の場合

- waiver(権利放棄書)に署名することで、その後も病院に留まることを許可される。
- waiverへの署名は、2年間の入院を受け入れ、審判その他を必要としないことを受け入れるという申し出となる。

## 退院許可条件

1. 退院後外来でのクリニック継続受け入れが決まっていること
2. 継続的な治療を受けることを受け入れる約束をしていること
3. しっかりとした住居が確保されていること
4. 生活の金銭的な援助申し入れがなされていること

全てクリアする必要

## 入院継続の基準:「他人に重大な侵害を与える危険」

重症である、あるいは治療の必要性ではなく、重大な他害の危険性が基準

## 判断指標

1. 自分自身の行動をコントロールできていない
2. 自身が精神障害であることを理解していない(病識がない)
3. 他人を襲う
4. 妄想がある
5. 病院内での治療に協力的でない
6. 他の患者やスタッフに見境無くけんかをふっかける

## 「重大な他害の危険性」のみを入院継続の基準とすることについて

立法の不完全さは認識されている

## 自殺未遂事例

- 子供を殺害した母親が入院期間満了により外来で治療中、自殺を試みた(他人への危険はなし)。
- 2階から飛び降りて、入院が必要と診断されたものの、本人は拒否。
- 入院を継続すべくtrial

- 法律上の「他害の危険」が全く無い事案であったため、hanging jury(評決不一致)

## 終身刑相当の場合

- 言い渡す最長刑が終身刑相当である場合、jury trialによる退院申立は許されない。
- 毎年裁判所に人身保護請求令状(habeas corpus)発付を願い出ることのみが許されている。
- 許されると、外来触法精神障害者治療を受けることに。
- 1年外来治療を継続すると、完全な開放を願い出ることが出来る。



## その他補足(SF精神医療制度における特記事項)

- 触法精神障害者が服薬を拒否した場合、SFでは、裁判官の決定により、服薬を強制することができる
- Civil commitmentでの非自発入院において、患者が服薬を拒否した場合、精神科医はaffidavit(宣誓供述書)に署名する必要がある。
- そのformに、「患者から精神薬を摂ることについてのcomplaintを受けているか yes/no」とあり、yesの場合、患者の摂る向精神薬(副作用が様々)を患者が選択できるようになっている。
- カリフォルニア州の他郡では投薬について患者の選択は許されていない。SF郡では、患者の選択権を守るためにそれを許している。

UCSF/SFGH Division of Citywide Case Management Programs

2013.10.29訪問

川本哲郎(同志社大学)  
黒田治(都立松沢病院)  
飯野海彦(北海学園大学)

任務

重大かつ固執的な精神障害を有する人と家族、支援ネットワークに対して、社会復帰を促進するために、思いやりがあり、礼儀正しく、文化的かつ臨床的に適切で、包括的な精神医療を提供すること。

我々の多職種処遇は、以下のために設計されている

- (1)患者の生活の質を高めること
- (2)個人の目標と希望を尊重すること
- (3)個々の強さを確定すること
- (4)個々の患者が、安全かつ強力的な社会において、意義があり、且つ目的のある、教育的、精神的、社会的、職業的、レクリエーション的な活動にじゅうするのを援助すること
- (5)人種、民族、性、宗教、性的態度における多様性を援助すること

- \* カリフォルニア州は同性愛に対する理解が大きい。  
リベラルであり、地方税を低所得者層に回すなど福祉が充実している。(全米に他に例がない)
- \* サンフランシスコでは、20%の住宅を低所得者層も入居できる家賃とすることとしている。
- \* 患者の権利の確立と擁護も進んでいる(10月28日訪問 Robert Marquez Director, Mental Health Client Advocates.)

反対運動は？

- \* 後述のホテル、既存のものを改装するより新築の方がコストがかからない。2011年9月開設のRichardson Apartment建築時には反対運動があった。
- ⇒ホームレスを減らす効果
- \* 就職支援モデル・・・病気でなくても支援してくれる。
- \* サンフランシスコに低所得者層が他地域から流入しないかとの質問に対し、確かに全米のホームレス統計によれば、サンフランシスコでは、50%が新たなホームレスとのこと・・・あまり、気にしていないよう。すなわち、流入の水際阻止といったことは考えていない。

活動

- ケース・マネジメント
- 心理療法
- 服薬管理
- 就業
- 研究
- 教育

\* 有給スタッフは100名

5つのチーム

- ①Focus(焦点・中心点) 対象者 急性400人 4チームで担当
- ②Linkage(連携) 対象者 2-4月ヶ月に期間を限定した集中治療 75人  
目標 社会復帰への橋渡し(Improve linkage to outpatient services)
- ③Roving(移動・浮浪) 対象者140人 ホームレス 26のホテル、  
合計 2446ユニット  
\* サンフランシスコには、ゴールドラッシュの終焉、海運業衰退で空いた古いホテルが多く、低所得者の住宅となっている。市が買い取って、住宅支援に使っている。

④Forensic(司法) 対象者145人 重大で固執的な精神障害、薬物乱用の併発、重罪レベルの前科

行動保健裁判所 (Behavioral Health Court) と協働

\* 麻薬等薬物依存が主流とのこと。Sexual offender→多くはない

ペドフィリア→別のセンターが扱う

\* SFでは、以前は精神保健裁判所 (Mental Health Court) という名称であったが、薬物・アルコールとの統合が行われて、現在の名称となった。ただ、両名称は地域による呼び名の違いで、審判機能・対象の違いを反映するのではない。"Mental..." という呼称を嫌ってということもある。

目標 裁判所の監督下で治療を受けること

現在の起訴案件の解決

再犯の減少

⑤Employment(就業)

重大な精神障害に罹患している者のうち60-70%以上が就労を希望しているが、15%以下しか就労していない。

\* 当初は、就職のための面接指導をおこなっていた。

↓

希望職種を探すようになる。「取り敢えず」やってみたいことをやらせたいので、何が足りないかを探ってケア(たとえば投薬)

\* 2012-13 1445名が対象に

23%が60歳以上で、身体のケアが必要な者も 男性が多い。

68%が統合失調症、75%が麻薬の問題を抱えている。

### \* Jailの精神障害者

- Jailに入るまで治療を受けていない人が多い
- Jailのメディカル担当者から当局へ連絡がある
- 同様に、病院からの連絡により、退院後のケア

### Housing first, treatment next

- 「まずは住居、治療はその次」
- Citywide Case Management Programsは、2003年からスタートし、犯罪率は40%低下した。

## ホテル

### —Richardson Apartment—

川本哲郎(同志社大学)  
黒田治(都立松沢病院)  
飯野海彦(北海学園大学)

## ホテル

- Division of Citywide Case Management Programs ; Rovingチームが提供する居住支援 26のホテル、合計2446ユニット
- サンフランシスコには、ゴールドラッシュによる人口流入、港湾都市であるため船員のためのホテルが多い。
- しかし、ゴールドラッシュの終焉と海運業衰退により、それらのホテルが低所得者層の住まいとなった。
- これらの古いホテルを市が買い取り、改装して居住支援のための住まいとして提供。

- 古いホテルを改装するより、新しく新築の方がコストが安く済む。
- 新たにもう一軒開設予定

Richardson Apartment 2011年9月開設



SF市庁舎前の「一等地」に立地;「ホテル」前の道路より



個人用郵便受け



中庭モザイク画



モザイクー右下人物と比較



中庭



1階オフィス 入居者はいつでもスタッフと話をしに来ることができる



- ソーシャルワーカーの他、看護師が常駐して服薬等を管理
- 医師は週一回勤務
- メディカル・デレクターのFumi Mitsuishi氏のオフィスは、写真奥(非常時に中庭に逃げられる)
- 各部屋に窓;健康に配慮
- 調理用コンロにタイマー;事故の防止

• **入居者は精神障害者に限られない**

研究報告

フランスにおける非同意治療に関する研究

八木 深

国立病院機構 花巻病院

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

フランスにおける非同意治療に関する研究

研究協力者 八木 深 国立病院機構 花巻病院院長

研究要旨：日本は、精神保健福祉法を改正し、医療保護入院について、保護者の同意ではなく、家族等の同意と変更したが、日本の家族の負担は軽くない。我が国の精神医療の今後のあり方を考えるため、評価項目と仮想事例を作成し、フランスにおける非同意治療制度を調査した。フランスは、家族に限らず第三者の申請と医師の診断書で精神科以外の総合病院や救急部での精神科非同意治療導入が可能であり、医療導入は日本よりも柔軟である。また、自由入院でも原則として健康保険で 100%費用がカバーされるなど、家族の負担軽減を考える際に参考になる。

フランスは、2011 年に公衆衛生法を改正し、非同意治療の範囲を部分入院やデイケア等外来治療にも広げそれを裁判所がチェックする仕組みにし、精神障害者に限らず全ての病者が、信頼できる人を指名し後見的役割を委託するなど、医療アクセスの視点と権利擁護の視点のバランスがよく学ぶ点がある。

**A. 研究目的**

日本は、精神保健福祉法を改正し、医療保護入院について、保護者の同意ではなく、家族等の同意と変更したが、日本の家族の負担が軽くなったとはいえない。本研究の目的は、フランスにおける非同意治療制度について調査し、病者の人権保護と医療へのアクセス、家族の負担など、運用上の課題をまとめ、我が国の精神医療の今後のあり方を考えることにある。

- 1 法制度全体の概要
- 2 非自発入院病床数など統計
- 3 視察病院の概要
- 4 提示事例への対応意見
- 5 入院費用
- 6 その他

研究協力者八木深以外の調査参加者・研究協力者は、磯部哲(慶應義塾大学法科大学院教授)、久保野恵美子(東北大学法学部教授)、村上優(国立病院機構琉球病院院長)、で、調査日程は以下の通りである。

**B. 研究方法**

「共通調査用紙」（資料 1）および仮想事例（資料 4・5）を作成し仏語に翻訳し訪問先に送付し、それに基づき、医療現場の実務者と政策担当者に面接した。フランス人とは通訳を介して面談した。調査項目の概略は以下の通りである。

- 平成 25 年 9 月 9 日 パリ 法人医療相談室 太田博昭先生訪問 面接
- 同 9 月 10 日 パリ サンタンヌ病院 セクター 1 3 Corinne DUCROIX 医師と P S W 訪問・面接
- 同 9 月 11 日（水）仏 保健省 医療提供総局（D G O S）イザベル女史 訪問・面接
- （倫理面への配慮）

事例は仮想化し、本人であることが特定されないように配慮した。

## C. 研究結果

### 1 フランス公衆衛生法の概略

フランスは、2011年に公衆衛生法を改正し、入院という用語を「治療」に置換し非同意外来治療を導入し、患者の人権に配慮し非同意治療手続きに裁判所が関与することにした。

フランスの非同意治療には、公共の秩序や安全を脅かす場合の県知事命令での「国代理人の決定による治療SPDRE」と精神障害の治療が必要だが同意不能な患者に対する病院管理者の決定による「第三者の申請による治療SPDT」の二種類がある。

非同意外来治療は、ほぼ住民8万人を担当するセクターが担当し、治療内容は診断書で決められ、期限はないが、6か月ごとに裁判所審査がある。国外移動は不可で、治療中断時、医師が非同意入院必要と記載するだけで再入院可能である。

フランスでは、家族は入院・治療の同意者ではなく、治療・入院の申請をする第三者の一部として位置づけられる。治療申請可能な第三者は、以下の通りで、家族以外の第三者の申請でも非同意治療が可能である。

- ・患者の利益のために動く人物
- ・家族や取り巻きの一員
- ・入院申請以前から関係のある第三者
- ・入院機関職員は除外

非同意治療の要件は、精神障害の存在、治療への同意不能であり、入院は病院環境で常時観察することを要する至急の治療の必要性を要件とする。

精神障害については、

- ・自殺のリスク
- ・他者を攻撃する潜在的リスク
- ・アルコールや中毒物質摂取合併
- ・妄想または幻覚
- ・感情障害
- ・なげやり度

で判断し、重症でただちに治療必要であることを示すよう提言されている。

同意不能については、

- ・適合した情報を受け取る能力
  - ・聞いて理解する能力
  - ・合理的に考える能力
  - ・自分の決定を自由に表明する能力
  - ・当面、自分の決定を維持する能力
- で判断するよう提言されている。

要件を満たせば、第三者申請では、施設管理者が非同意治療を決定し、公共の秩序や安全を脅かす場合には、県知事が非同意治療を命令する。

非同意入院は、治療チームが必要時いつでも介入可能である継続的観察が必要であることが要件である。

患者の権利擁護の観点から、非同意治療手続きに裁判所が関与する。不服申し立て手続きは以下の通りである。

- ・自由と拘留判事 JLD が第 12 日から第 15 日の間で（修正実施後は、12 日）患者を聴聞し、患者は状況への不満を申し立てできる。
- ・患者は、聴聞と無関係に、自由と拘留判事に対し非同意治療への不服申し立て可能である。
- ・自由と拘留判事は非同意治療の継続の承認と却下が可能である。
- ・患者は行政裁判所に対し、国家代理人決定による精神科治療につき権力乱用申立可能で、行政裁判所は形式を判断する。（修正実施後、

行政裁判所への申立は廃止される)

非同意治療導入の流れの概略は以下である(資料2)。

1) 危機介入の発端

異常または公共の秩序・安全の危機があり、住民や家族が警察や病院等に相談

2) 非同意移送 法 L3222-1-1

精神科治療の対象となる人物は、厳密に必要なと考えられる時には、本人の同意なしに、医療施設受け入れ部門へ、本人の状態に合わせた方法で移送できる。移送は医療移送者によって確実になされる。

3) 総合病院等受け入れ施設での医師診断書・非同意手続き開始

精神科医である必要はない

4) 非同意手続き開始同時に入院開始  
入院開始は精神科とは限らないが  
48時間以内には精神科に移送

5) 24時間後の精神科医師診断書

緊急時には24時間診断書のみ

6) 72時間後の精神科医師診断書  
非救急時の2通目 治療形態決定

7) 15日後の自由と拘留裁判官 JLD  
聴聞(修正後は12日病院内開催)

8) 6か月ごとに自由と拘留裁判官  
JLDは非同意入院について聴聞し、  
非同意外来治療について審査

法案成立後に、いくつかの修正がなされた(Le Semaine Juridique Edition generale N42 14 Octobre 2013)。憲法委員会は、過去10年間の処遇困難病棟 UMD への移送歴のある国家代理決定入院者につき1年後の審査委員会を開催するとした規定

を停止し、単に10年以内に入院歴のあるものは1年後の審査委員会を開催すると修正された。対人暴力5年以上、器物破損10年以上の刑に関する心神喪失者の入院の1年後審査に関しては、審査委員会の意見と診断書2通が必要という規定は維持された。修正により、聴聞は15日から12日に変更され、聴聞の非公開化はどちらかが請求すれば可能になり、病院内での実施が原則で、ビデオカンファレンスは廃止され、弁護人の必置とされた。これらの修正は2014年9月1日から実施される。また仮退院制度が復活した。

2 非自発入院病床数など統計

フランス社会問題保健省提供の資料によると以下のとおりである。

○2011年 人口1万あたり入院等数			
完全入院日数	3105		
部分入院日数	976		
非自発入院日数	592		
その他の治療行為数	2679		

○非自発入院の数の推移

	2009年	2010年	2011年
入院数	92467	97461	95333
日数	4004366	4245692	3848113
患者数	76260	79017	76670

※統合失調症、妄想障害(F20、F22)が中心的診断名であり、気分障害(特にF31、F32)もある。

※非同意入院用病床はないが、精神医療施設600施設のうち、245施設が非同意入院を受け入れている。

サンタンヌ病院第13セクター(パ

り14区担当)によると、疾患は、統合失調症が2/3でアルコールは多数、薬物乱用少々である。90%が自由入院で、平均入院期間は約3週間である。国の代理人請求の入院では長期や超長期もある。処遇困難病棟UMDに移送するケースもある。1年以上入院の患者は80床中一桁である。

フランス政府統計DREES SAE 1998-2008によると、2008年、住民1万につき全科78床のうち68.8床が完全入院(精神完全8.9)、9.2床が部分入院(精神部分4.3)病床利用率76.4%。精神科では1998年以降病床数は安定している。精神科では、民間病院でも部分入院は古くからあり、救急は最近民間でも増えたが数は少ない。社会復帰施設は11年間で3500床増えた。

### 3 視察施設サンタンヌ病院の概要

サンタンヌ病院は1867年に運用開始し、1941年フランス最初の脳波研究室を設置し、1952年、世界初の向精神薬クロルプロマジンの臨床試験を実施し、脳定位手術も開始した。

1970年以降、住民約8万人のケアを担当するセクターとなり、精神科救急、薬物依存治療、診療所、治療後ホーム、デイ・ナイトホスピタル、治療アパートが創られ治療の場と民衆が近づいた。(資料3)。

#### 4-1 共通事例1への回答

○事例1概要：46歳、女性、連絡可能な親族なし。45歳時、夫が交通事

故で死亡後、遺族年金と生命保険を取り崩し暮らしていた。家にこもり通院不規則になり、不眠が続き、X年、ゴミ収集所に捨てられた大型ゴミも家の中に持ち込みため込むようになった。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し、困り果てた隣人が市役所の環境担当課に相談した(資料4)。

#### ○太田博昭先生

周りの許容度にもよる。ゴミ屋敷はフランスでもある。自称画家だが、絵は描かず、ごみだらけになって、やせて本人の様子がおかしいと近隣住民から相談があった。医学心理学センターCMPに隣人が相談したが、らちがあかなかった。第三者の申請による入院は考えられる。

○サンタンヌ Corinne DUCROIX 医師  
近隣住民が役所に連絡し役人が会う。受診歴があるなら診察に来るよう手紙を書く。役所のPSWと訪問し、近所迷惑で入院の必要があると判断した場合、家族を探す。非自発入院が必要と判断するなら、役所職員、家人が相談し、家族が同意するなら、病院から行って連れてくる。急を要するなら警察介入で救急受診する。

#### 4-2 共通事例2への回答

○事例2概略：38歳、男性、姉と姪と関係不良。33歳、興奮をきたし、窃盗、暴行で逮捕された。その後、自宅に閉居し、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である。自宅で電話のコン

セントを抜く、窓に目張りをし、「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。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ると、本人は「ぶち込めばいいと思っているんだらうが！」「覚えてろよ！」と興奮した（資料5）。

○サントヌ Corinne DUCROIX 医師  
家族が、第三者として入院を申請しても、家族を守るために、国家代理人の申請による入院をとるべき。この事例は、他者への危険性がある。事例1では、自らへの即座の危機があるという判断が可能である。

## 5 入院費用

保健省によると、費用負担は、自由入院かどうかは無関係で、患者の臨床状態に応じて決定され、1年以上前から精神障害と診断されているなら、100%健康保険でカバーされる。ただし、毎日20ユーロの食事代等は自己負担である。障害が1年以内の場合と自殺企図の場合は、20%の自己負担があるが、相互扶助保険に入っていればカバーされる。

太田博昭先生によると、外国人などで無保険だと、1日900ユーロ10万円以上、10日で100万円もかかる。

## 6 家族について

面談(資料6)をもとにまとめる。日本では患者が迷惑をかけないように家族が面倒をみるべきとの考えが強いが、フランスでは、成人後親と同

居することは殆どなく、家族が面倒をみて治療を促進する規定もなく、家族の申請なしで非同意治療が可能なので、家族の負担は少ない。しかし、家族の治療参加は重要である。患者に何が起きているのかを家族と考えるツールを作り、家族が問題を避けることができるようになった。

## 7 精神衛生法の改正について

面談(資料6)をもとに、フランスの医療現場の感想をまとめる。改正で導入された非同意外来治療については成果を期待したい。患者の権利保護は裁判所の介入で進んだが、一か月に何通も診断書を作成するのは医師の負担が大きいし、裁判所との意思疎通が重要になった。即座の危険を理由とする入院が改正で導入されたが、第三者の申請不要で精神科以外の医師一人の判断で入院可能なので、乱用のリスクが懸念される。

## 8 フランスの精神医療全般について

面談(資料6)をもとにまとめる。日本では、すっかり治ってから退院してほしいと家族から言われ入院が長くなる傾向があるが、フランスでは、多様性に寛容なためか、入院期間約3週間程度の短期で地域にもどる。帰住先がない患者用の施設もある。フランスの精神病院は、生活の場でなく治療の場である。

## D. 考察

日本は、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。また、医療の現場では、フランスでも医療へのアクセスは現実には課題が残るようだ。太田医師が示した自称画家の事例は、日本の保健所に相当すると考えられる医学心理学センターに住民が相談したが、医療に結びつかず不幸な転帰をたど

ったという。

WHOは、21世紀、世界規模で、もっともきがかかりな10の病理のうち5つ（統合失調症、双極性感情障害、嗜癖、うつ病、強迫性障害）は、精神医学に関係すると考えている。フランスの精神医療計画 2011-2015(Plan Psychiatrie et Sante 2011-2015)によると、精神障害は、死亡率を高め、自殺の主原因であり、ハンディキャップや重い能力低下を引き起こし、本人や近親者の生活の質の低下をもたらす。早期診断と治療は患者の権利であり、患者の尊厳にかかわる。誰でもどこでも平等に質の高い治療へアクセスできるようにするのが最優先の課題である。

#### **E. 結論**

日本の家族は、経済的負担に加え、医療へのアクセスの負担を負っている。それと同時に、患者の権利擁護も求められる。フランスは、医師の診断書で精神科以外の総合病院や救急部での精神科患者の治療導入を認め、それを裁判所がチェックする仕組みにした。アクセスと権利擁護のバランスがよく学ぶ点がある。

**F. 健康危険情報** なし

**G. 論文発表** なし

**H. 知的財産権の出願・登録情報**  
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) 精神科の病床数の対人口比 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) 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) 医者以外に関与する人は、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。

(1) Présenter le cas modèle et procéder à une enquête suivant le questionnaire ci-dessous.  
→ Concernant le cas modèle, voir le document ci-joint.

(2) Liste de questions communes

(a) Enquête sur les aspects généraux du dispositif juridique dans son ensemble

(b) Concernant le cas ci-dessus, la prise en charge se fait-elle par hospitalisation sans consentement ou par hospitalisation volontaire ?

(b)-1 Dans le cas d'une hospitalisation sans consentement

1) En quoi consiste l'hospitalisation sans consentement ?

2) Quels en sont les fondements juridiques ? Quelles sont les conditions en pratique pour une telle hospitalisation ?

3) Comment la loi définit-elle la procédure qui conduit à l'hospitalisation sans consentement ?

A) Y a-t-il une instruction judiciaire ou autre (si autre, par quelle instance) ?

B) La loi comporte-t-elle des prescriptions concernant qui procède à l'instruction du dossier et selon quelle procédure ?

4) Dans la pratique, quel est le déroulement d'une décision d'hospitalisation sans consentement ?

(Le traitement du dossier un jour ouvrable le jour, la nuit ou un jour de congé. Le nombre de jours nécessaire au traitement du dossier. Note : l'enquête doit, dans la mesure du possible, se concentrer sur le traitement le plus courant d'un dossier au lieu de prendre en compte les cas exceptionnels ?)

5) Quel est le nombre de patients faisant l'objet d'une hospitalisation sans consentement ? Quelle part en nombre de patients hospitalisés (en nombre de lits) l'hospitalisation sans consentement représente-t-elle ? Quel est le nombre moyen de jours d'hospitalisation pour ces patients ?

6) Ce type d'hospitalisation relève-t-il d'une décision administrative ou d'un contrat ? S'il s'agit d'un contrat, quelles sont les parties à ce contrat, et quel est alors le statut juridique du patient hospitalisé ?

7) Dans ce cas de figure, qui prend en charge le coût de l'hospitalisation ?

(b)-2 Dans le cas d'une hospitalisation avec consentement

1) En quoi consiste l'hospitalisation avec consentement ?

2) Existe-t-il un dispositif restreignant la sortie de l'hôpital ? Si oui, quels en sont les fondements juridiques, les procédures (qui prend l'initiative), qui prend la décision, qui fait hospitaliser un patient et qui lève les restrictions ?

3) Une hospitalisation de ce type relève-t-elle d'un contrat ? S'il s'agit d'un contrat, quelles sont les parties à ce contrat, et quel est alors le statut juridique du patient hospitalisé ?

4) Dans ce cas de figure, qui prend en charge le coût de l'hospitalisation ?

- (c) Si le cas modèle ne donne pas lieu à une hospitalisation, comment est-il pris en charge ?
- (d) Après l'hospitalisation, quel type de dispositif existe-t-il pour garantir les droits en terme d'amélioration des conditions d'internement, de demande de sortie et de visites ?
- (e) Concernant la sortie de l'hôpital
  - Mener l'enquête en présentant des cas concrets.
    - 1) Quelle est la procédure suivie pour la sortie de l'hôpital ?
    - 2) Existe-t-il une procédure restreignant la sortie de l'hôpital ?
    - 3) Après la sortie de l'hôpital, vers quelles structures les patients sont-ils orientés ?
    - 4) Quels sont les principaux acteurs en charge de la réintégration sociale après la sortie de l'hôpital ?
- (f) Décompte des lits d'hôpitaux pour hospitalisation sans consentement
  - Actuellement, le Japon comptabilise les lits destinés aux hospitalisations sans consentement suivant une méthode différente de celle des autres pays, ce qui, selon certains observateurs, aboutit un nombre de lits notoirement plus important qu'ailleurs. Parallèlement à l'enquête ci-dessus, il sera nécessaire de vérifier le nombre réel de lits dévolus à l'hospitalisation sans consentement dans les autres pays.

資料2

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

<強制入院の種類>

- ① 第三者の申請による入院 ASDT の手続き (通常) 公衆衛生法 L. 3212-1 : 2通の診断書 (1通は医師 ext もう1通は精神科医 (int ou ext)) + 第三者の申請
- ② 第三者の申請による入院 ASDT 手続き (緊急) 公衆衛生法 L. 3212-3 : 1通のみの医師診断書 (int ou ext) + 第三者の申請
- ③ 第三者の申請による入院 ASDT 即座の危機 = 第三者なしの緊急 公衆衛生法 L. 3212-1-2 : 1通のみの医師診断書 (ext)
- ④ 国家代理人決定による入院 ASPRE の手続き 公衆衛生法 L. 3213-1 : 精神科医 (ext) 1名の診断書 (人物の安全性/公共秩序を重大に損なう) に基づく国家代理人の決定
- ⑤ 国家代理人決定による入院-緊急 ASPRE-U の手続き 公衆衛生法 L. 3213-2 : 精神科医 (ext) 1名の意見書に基づく国家代理人の決定 - L. 3213-1 に戻る
- ⑥ 第三者の申請による入院 ASDT → 国家代理人決定による入院 ASPRE L. 3213-6 : 医師1名 (int) の診断書または意見書, 意見書 - 国家代理人 → L3211-2-2 (24h と 72h)
- ⑦ 国家代理人決定による入院 ASPRE 公衆衛生法 L. 3213-7 (責任無能力/処遇困難病棟) : 診断書に基づく国家代理人決定

<最初から精神科入院>

<最初総合病院や救急部入院>

第一日目

**最初から精神科入院**

精神科治療は 日時を記した第一診断書 で始まる。その24時間および72時間後に診断書が作成さ

**総合病院や救急病院 SAUt 等で受け入れ**

第一診断書は身体科医師でも作成できることを考慮する

24 時間後

精神科医1名(int)の診断書  
完全な身体検査が医師またはインターンでなされる

患者が精神科に移送されない場合、24時間診断書は、総合病院または救急病院等で作成される。

48 時間後

総合病院や救急病院 SAUt 等から精神科入院患者は、遅くとも48時間以内にサンタンヌに移送される。

72 時間

精神科医1名(int)の診  
断書

**72 時間診断書診断書作成医師**

- ① 第3者の申請による入院 ASDT の手続き（通常） : 24hr 診断書医師と同じで可
- ② 第3者の申請による入院 ASDT 手続き（緊急） : 24hr 診断書医師と違う医師
- ③ 第3者の申請による入院 ASD（即座の危機） : 24hr 診断書医師と違う医師
- ④ 国家代理人決定による入院 ASPRE の手続き : 24hr 診断書医師と同じで可
- ⑤ 国家代理人決定による入院-緊急 ASPRE-U の手続き : 24hr 診断書医師と同じで可

72 時間診断書の結果の3つの可能性

A 強制治療の解除と自由入院継続

B 強制治療の維持

C 退院

6-8 日目

**8 日目診断書:5日目から8日目に作成**

精神科医 (int).1名の診断書:管理者を通じて自由と拘留判事に対し患者の聴聞があるだろうことを知らせる(状況を詳述し強制入院の維持について正確に述べる)

**8 日目診断書診断書作成医師**

- ⑥ 第3者の申請による入院 ASDT の手続き（通常） : 24hr72hr 診断書医師と同じで可
- ⑦ 第3者の申請による入院 ASDT 手続き（緊急） : 24hr 診断書医師と同じで可
- ⑧ 第3者の申請による入院 ASD（即座の危機） : 24hr 診断書医師と同じで可

10-15 日（修正法実施後は 11 日） 自由と拘留裁判官 JLD による聴聞（完全入院者対象）

**付帯意見**

2名(そのうち主治医 PEC は1名のみ)の精神科医(int)の署名入りの一通の意見書;裁判官は12日目に入手必要.

自由と拘留裁判官 JLD による強制入院継続の決定は遅くとも15日目になさなくてはならない。そうでないと、強制は解除される。

患者が聴聞可能(≠ 移送可能)であることに触れなくてはならない。