

Prison Reform Trustの活動と 触法精神障害者の処遇 (イギリス視察報告)

2013年12月23日 地域精神医療研究会

北海道大学大学院法学研究科
城下 裕二

●Prison Reform Trust(PRT)とは

- ・ 刑罰制度、特に刑事施設内の処遇改善を目的とした政策提言・調査研究を行う非営利団体
- ・ 1981年創立
- ・ 本部:ロンドン市内
- ・ スタッフ19名
- ・ Director(General): Juliet Lyon,CBE
- ・ Director(Care not Custody Program): Jenny Talbot, OBE

●PRTの主な目的

- ① 不必要な拘禁(施設内処遇)の減少・社会内処遇の推進
- ② 受刑者及び家族の環境改善
- ③ 刑事司法システムにおける公平性の実現と人権保障

●PRTの活動

- ・ 刑務所改革に関する独自の調査研究と成果の公表→800万の読者に対する情報誌の刊行
- ・ 公教育による知識の普及
- ・ 政策決定への提言: 政府関係者との定例会議+超党派の議員との連携
- ・ 受刑者とその家族に対する相談および情報提供(年間6000人)

●Fact File 2013(その1)

- ・ イングランド&ウェールズの刑務所収容人員: 84,073人(2013年10月)
←1992~93年の平均は44,628人
- ・ 人口10万人あたりの収容率: 149
←フランスは102・ドイツは83
- ・ 平均刑期: 14.7か月
- ・ 35,165人が刑期3か月以下
←前年よりも10%減少

●Fact File 2013(その2)

- ① 精神病性障害(psychotic disorder)を有する者:
女性受刑者の14%、男性受刑者の7%
- ② 精神病状態(psychosis)の徴候を有する者:
女性受刑者の25%、男性受刑者の15%
- ③ 収容前に精神疾患の治療歴あり:
女性受刑者の26%、男性受刑者の16%
- ④ パーソナリティ障害を有する者:
女性受刑者の62%、男性受刑者の57%

●PRTの近時の主要な活動

- ・ Bradley Report(2009)の提言を基本的に支持
→“Liaison and Diversion”プログラムの
具体的検討
①再犯率の減少
②医療的効果の促進
- ・ 政策実現のための調査研究を報告書として公開

●Bradley Report (2009)(1)

- ・ 法務大臣が、Lord Bradley 前内務大臣に触法精神障害者のdiversionに関する制度設計を2007年12月に委任
- ・ Prevention and Early Intervention
→事前の犯罪予防とともに、刑事司法システムの初期段階からの援助を勧告（症状悪化/自殺の防止・刑事施設コストの削減・再犯率の減少）

●Bradley Report (2009)(2)

【警察段階】

- ・ 精神障害者と刑事司法システムの最初の接点としての重要性
- ・ 警察官に対する、精神障害者処遇のための情報提供・訓練プログラムの実施
- ・ 地域健康・福祉サービスとの連携
→ “Liaison and Diversion”
(多機関連携型ダイヴァージョン)

●Bradley Report (2009)(3)

【裁判段階】

- ・ 障害のある証人に関する現行制度を、障害のある被告人にまで拡張すべきことを提案
- ・ 不必要な勾留を回避するために鑑定報告書の提出期限を厳格化

【行刑段階】

- ・ community sentenceの活用
- ・ 重症者について病院への移送を促進するよう保健省に要請

●PRT2009年報告書

(Too Little Too Late)

- ・ 刑務所の種類別に57の調査委員会
- ・ 本来は精神医療もしくは社会的なケアを受けるべきであった者が刑務所に収容されている事例が多い
→刑期を終えたと何らのサポートなく釈放
(prisoners who are too ill to be in prison)
- ・ 触法精神障害者について、刑事司法システムからの早期のdiversionを提言

●PRT2010年報告書

(Bromley Briefings Factfile)

- ・ 女性受刑者の70%、男性受刑者の72%が、2つ以上の精神障害に罹患
- ・ 受刑者の10%が serious mental health problems を抱えている
- ・ 精神障害に罹患した受刑者の96%は居住先が決まらないまま（その80%は重罪受刑者）、4分の3は就労先が決まらないまま刑期を終えている

●PRT2011年報告書

(Care Not Custody)

- ・全国婦人会連合 (NFWI) と協同して警察および裁判段階での障害者の「拘禁からケアへ」のキャンペーン活動を展開
- ・司法省・保健省は2014年までの政策実現を表明
- ・30の組織・慈善団体が協賛、100万人以上が参加

●制度改革の1つの試み

- ・医療従事者が警察 (留置施設) に常駐し、対象者のニーズを初期の段階で把握する
→地域精神科看護師の起用
(Community Psychiatric Nurse : CPN)
精神保健法(2007年改正) 136条における警察による「安全な場所」(place of safety)への移送などに際して協力

●制度改革の1つの試み (続き)

- ・地域精神科看護師の起用
→司法監察医との分業?
(Forensic Medical Examiner : FME)
精神保健法12条に基づき
被逮捕者に精神障害の疑いがある場合、留置管理官が呼び出し、
被逮捕者のリスク評価を助言
→特別な研修制度の必要性

●まとめ

- ・幅広い調査研究と戦略的メディア利用による問題関心の喚起
- ・政策決定への影響力
- ・触法精神障害者に対する
Liaison and Diversion政策
→可能な限り早期の、特に警察段階での医療との連携
各機関のawareness training の重要性

研究報告

韓国調査報告

水留 正流

南山大学法学部



訪問調査の概要

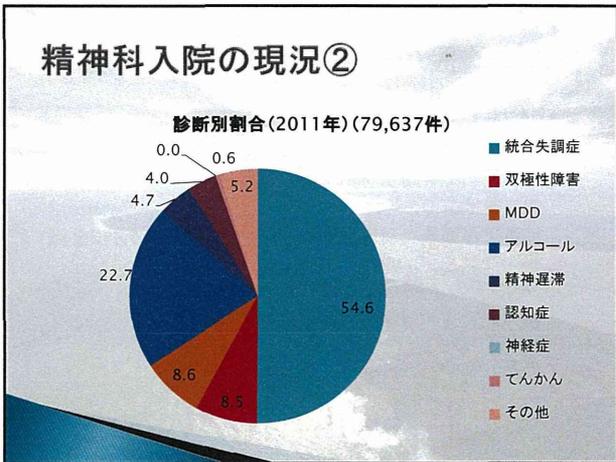
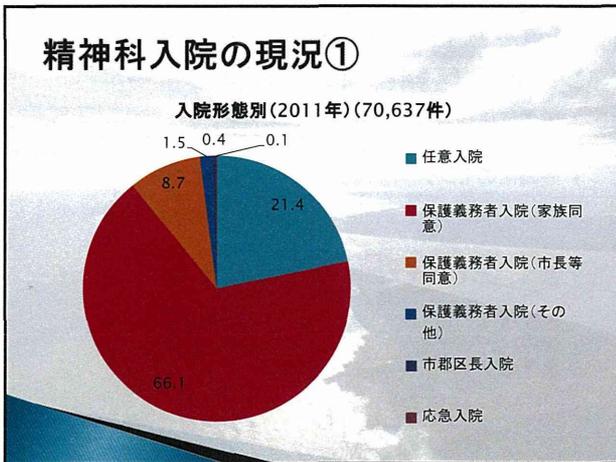
- ▶ 参加者(敬称略):
 - 松原三郎、倉田孝一(以上、松原病院)、今井敦司(松沢病院)
 - 町野朔(上智大学)、水留正流(南山大学)
- ▶ 訪韓日程: 2013年10月13-16日
 - ソウル特別市チョンノ(鍾路)区精神健康増進センター(10月14日)
 - ケヨ(啓耀)病院(民間精神病院)(10月14日)
 - 国立ソウル病院(10月15日)
 - 大韓民国保健福祉部(10月15日)

韓国の簡単なプロフィール

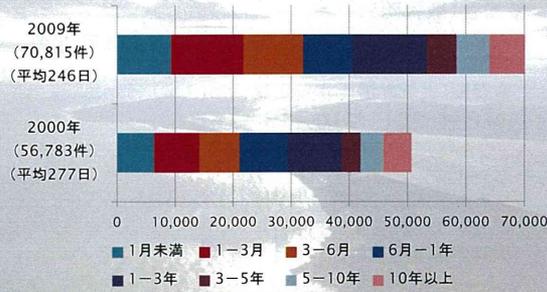
- ▶ 人口: 約5,000万
- ▶ 大統領制
- ▶ 2層の自治体(道州制)
 - 特別市・道レベル
 - 道における市、郡、特別市における区
- ▶ 精神保健政策の課題(保健福祉部)
 - 社会的偏見の解消
 - 名称変更、精神保健法の対象となる精神障害概念の厳格化
 - 脱施設化
 - 保護義務者入院(≒医療保護入院)の一定の厳格化

入院制度の概観

- ▶ 市郡区庁長入院(≒措置入院)
- ▶ 保護義務者入院(≒医療保護入院)
 - 親族等の同意による場合
 - 市郡区庁長の同意による場合
- ▶ 応急入院
- ▶ 任意入院
- ▶ (なお、措置通院制度)
- ▶ 根拠法は精神保健法(1995年)
 - 現在、改正作業中(「精神健康増進法」への名称変更)
- ▶ なお、福祉サービスの提供は障害者福祉法による

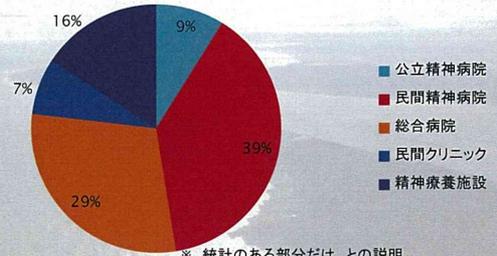


精神科入院の現況③(趙先生の情報より)



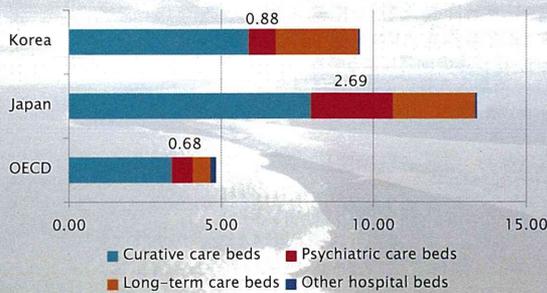
精神科入院の現況④

精神科病床数(2011年)(89,559床)



※ 統計のある部分だけ、との説明
おおむね、人口500人対1床という計算とのこと
(実際に計算すると、人口1000対1.8程度になる)

参照:人口1000人対病床数(2011) OECD Health at a glance 2013



訪問先施設の概要①ケヨ(啓耀)病院

- ▶ 啓耀医療財団が運営する民間精神病院
- ▶ ソウル郊外、キョンギ(京畿)道ウィワン(儀旺)市に所在
- ▶ 啓耀老人専門病院が隣接(120床)
- ▶ 1974年にクリニックとして開業、79年に病院認可
- ▶ 現在は800床。精神科専門医14名、レジデント6名。
 - 精神保健法施行後、300床以上の病院は認可されない。
- ▶ 任意入院の割合は、3割程度まで上昇との印象
- ▶ 述べ入院人数は、200-250人/月
- ▶ 儀旺市精神保健センターの運営を受託
 - センターについては後述

訪問先施設の概要②国立ソウル病院

- ▶ 1962年に設立。最大で900床の時期。
 - 国立病院は全国に5か所。合計3,000床規模。
- ▶ 国立精神健康研究院に転換予定
 - 病床数は300を予定
 - 児童思春期精神科等、民間が提供しきれない部分に重点化
- ▶ 現時点での入院患者の特徴
 - 統合失調症の慢性患者が多く、長期入院を余儀なくされている例が多い
 - 任意入院は20%程度

訪問先施設の概要③ソウル特別市チョンノ(鍾路)区精神健康増進センター

- ▶ 精神健康増進センター(精神保健センター)
 - 人口20万人程度をキャッチメントエリアとしたセンターの整備が進んでいる(基礎自治体の9割)
- ▶ 鍾路区のセンター: キャッチメントエリアは18万人
 - ソウルの都心地域。密集する政府機関と多くのホームレス
 - 域内に大学病院2(計80床程度)、総合病院精神科1、精神科クリニック12、精神科グループホーム2
 - 参照: 儀旺市のセンター: 14万人のキャッチメントエリア
- ▶ 職員15名(うちケアの実務に従事するのは5人)
 - センター長は精神科医(ソウル大学から)
- ▶ 対象者は約500人(1人当たりリソースロードは50人)
- ▶ 診療・投薬・デイケアは行わない
- ▶ 運営はソウル大学病院が担当

入院制度について① 市郡区庁長入院、応急入院

- ▶ 市郡区庁長入院(≒措置入院)
 - 自傷他害の明確な危険
 - 精神科専門医・精神保健専門委員(心理士、看護師、SW等)の申請
 - 精神科専門医2名の診断 → 市郡区庁長の命令
 - 2週間。ただし、3か月まで延長が可能。それ以上は不可
- ▶ 応急入院
 - 自傷他害の明確な危険
 - 警察官
 - 72時間
- ▶ 市郡区長入院は323件、応急入院は50件(2011年の全国統計)

入院制度について② 任意入院

- ▶ 法の規定する原則形態
- ▶ うつ病と神経症性障害が多い
 - 統合失調症は少ない
 - アルコール依存は少ないという情報、多いという情報
 - 認知症はないという理解
- ▶ Holding powerは一切存在しない
 - 退院拒絶は処罰の対象となりうる(要確認)
 - 民間病院は任意入院を好まない
- ▶ 強制通院制度は機能していない
 - 自傷他害の明確な危険が要件
 - → 結局、そのような対象は入院の適応
 - 通院制度は退院の時のみ、入院がないケースには適用不可

入院制度について③ 保護義務者入院(現行法)

- ▶ 入院医療の必要性OR自傷他害の危険
- ▶ 精神科専門医の診断+保護義務者2名の同意
- ▶ 保護義務者の範囲
 - 親族
 - ・ 順位は法定。配偶者→直系の親族(要確認)
- ▶ これらのない場合、市郡区庁長にも同意権限
 - 家族関係証明書(≒戸籍)に家族の記載があれば市郡区庁長同意は不可能
 - この場合には、保護義務者入院でなく市郡区庁長入院で対応している場合もありうる
- ▶ 入院後6月ごとに審査

入院制度について④ 保護義務者入院(改正案)

- ▶ (強制入院全般に)対象は、**重度精神障害者**に限定
 - 任意入院の対象には、以前として軽度の人も含む
- ▶ 保護義務者入院の要件: 入院医療の必要性**AND**自傷他害の危険
 - 自傷他害の危険には、対象者自身の健康への危険を含む(市郡区庁長入院との相違点)
- ▶ 保護義務者の第一順位に後見人
 - 最近、成年後見制度を導入
- ▶ 法改正によって、保護義務者入院が劇的に減少するとは、立案担当者も期待していない

事例1(現行法)

- ▶ <センター>
 - 自傷他害のおそれはない
 - 家族同意がなければ入院不可
 - 市郡区庁長の同意は、放置すれば死ぬ可能性のあるときだけ
- ▶ <国立病院>
 - 自傷他害のおそれは高くはないが、存在する
 - 家族がいれば保護義務者入院、いなければ市郡区庁長入院
 - ただし、症状改善後の入院継続は不可能
- ▶ <民間病院>
 - 自傷他害のおそれは存在する
 - 家族がいれば保護義務者入院、いなければ市郡区庁長入院
 - ただし、家族がいない場合、入院は容易でない可能性
 - もっとも、家族がいなければ、移送が不可能

事例2(現行法)

- ▶ <センター>
 - 家族の同意があれば、保護義務者入院が可能
 - 自傷他害のそれが高くても、家族が同意しなければ入院は困難
 - 家族が入院させた後、帰住環境が整わないために退院困難となる可能性が高い
- ▶ <国立病院>
 - 保護義務者入院を勧奨する
 - この事例では、症状改善後も自傷他害のおそれは存在するようと思われる
 - ただし、他人に脅威を与える言動が具体的に見られないとすれば、保護義務者入院も困難でありうる
- ▶ <民間病院>
 - 保護義務者入院の対象
 - 自傷他害のおそれは存在。市郡区庁長入院も可能

事例1・2(改正案)

- ▶ <保健福祉部>
 - 事例1は、現行法では保護義務者入院の対象となる可能性があるが、改正案ではありえない
 - 事例2は、現行法では保護義務者入院の対象となるだろうが、改正案では、家族が感じる脅威や家族に対する危険性を具体的に特定して、場合によっては保護義務者入院の対象とならないことになる
- ▶ <民間病院>
 - 事例1・事例2は自傷他害の危険を認めうる(改正案でもなお保護義務者入院の対象として理解)
- ▶ <国立病院>
 - 事例2などでは、「重度精神障害者」概念によって入院適応が変わりうる
- ▶ <センター>
 - 事例1・2は「重度精神障害者」でないかもしれないが、改正の趣旨は偏見帽子なので、保護義務者入院の要件がこの改正で厳格化することはないと見込んでいる

入院のための移送

- ▶ 市郡区庁長入院では制度がない
- ▶ 実際には、保護義務者が連れてくる
- ▶ 結局、民間救急
- ▶ このあたりの事情は、日本に類似？

未成年者の場合

- ▶ 成人と異なる特別なルールは、精神保健法にはない
- ▶ ただし、いずれにしても親権者の同意が必要

入院費用

- ▶ 入院形態の問題とは無関係(市郡区庁長入院も同様)
- ▶ 基本的には健康保険からの給付+自己負担
 - 自己負担額は医療機関ごとに異なる
 - ・ 鍾路区の場合、大学病院は自己負担額が高い
 - ・ →区内で入院治療を受けることには不利
 - ・ →郊外の民間病院へ
- ▶ 低所得者に「医療保護」(≒メディケイド)の制度
 - 医療保護対象者の場合、国費負担
 - 医療保護対象者は全人口の5%程度だが、統合失調症の3ないし4分の1が該当する印象

入院後の審査(任意入院、保護義務者入院の場合)

- ▶ <任意入院>
 - 1年に1度、書面で入院意思を確認
- ▶ <保護義務者入院>
 - 入院直後には審査はない(改正案はどうか、要確認)
 - 期間は6月。更新に上限はない。(改正案:2月)
 - ・ 入院期間のさらなる短縮という観測
 - 精神保健審議委員会で審査
 - 基礎自治体レベルの委員会と特別市・道レベルの委員会
 - ・ 2審制
 - だいたい10人程度で構成
 - ・ 精神科医、弁護士、精神保健専門要員、家族、看護・社会福祉学

処遇改善請求等

- ▶ 2つのルート
- ▶ ①精神保健審議委員会
- ▶ ②国家人権委員会
 - 大統領直属の委員会
 - 精神科入院施設には、請求フォームを備える義務
 - ・ 必ずしも遵守されていない
 - 創設(いつ?)直後は請求件数が多数。最近は落ち着いてきている

入院がなされなかった場合、退院した後

- ▶ 精神健康増進センター(精神保健センター)がフォロー
 - センターの利用に自己負担
 - クライアントに利用が好まれない事情
- ▶ 退院時には、病院からセンターに情報提供
 - ただし、**本人同意が要件**
 - 感覚としては、同意4割、不同意6割
 - ・ 医療保護等の扶助を受けた経験のある人は拒否感が少ない
 - 病院がセンター運営を受託している場合でも、情報は別に管理(啓羅病院)
- ▶ 結局は、粘り強い説得しかない(特に、事例1)
 - 強制力はなくともいいので、法制度のサポートがある方が望ましい(鍾路区センター)
- ▶ 帰住先は、たいていは自宅。グループホーム等は未整備。
 - ホームレスはホームレスに

制度に關与する専門職

- ▶ 精神科専門医
 - 医科大学(6年生)卒業後、医師国家試験
 - インターン(1年)
 - 専門科を決めて、4年間のレジデントコース(軍医か地方の公衆保健医:3-4年)
 - 専門医試験
 - ・ 合格率は9割弱
 - ・ 一般医や人気のない専門医に誘導する政策の影響
 - 精神科専門医になるのは、33-34歳くらい
- ▶ 精神保健専門委員
- ▶ 精神医療従事者に年4時間の人権研修(院長は8時間)
 - 講師は国家人権委員会教育部が指名

精神療養施設

- ▶ 「祈祷院」発祥の脱法的な民間組織
 - 精神保健法制定(1995年)まで、精神科病床の主流
 - 過去にはかなり濫用された経緯
- ▶ 現在は精神病院への転換が進む
- ▶ 2011年の統計で、約14,000床
- ▶ 入院者は、ほぼすべて強制入院

韓国の精神医療観？

- ▶ ドラマ「グロリア」(2010年、韓国MBCテレビ)第27回



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）
松本崇（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）

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 3 3 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。精神保健法でいう精神科医とは、「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 (l))。

(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。

・ Form11 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ところである。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ことが、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

謝辞

今回の訪問調査にあたり仲介の労をお取りいただいたカルガリー大学 Dr. Liya Xie 先生、ブリティッシュコロンビア大学 (University of British Columbia) 高野嘉之先生、ならび聞き取り調査に御協力いただいた諸先生方に深謝いたします。

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。