

資料 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）

<訪問日時と訪問先>

2014年9月18日

- ・ Vancouver Downtown Community Court
- ・ Vancouver Forensic Clinic & Vancouver Courthouse

1 : Vancouver Downtown Community Court

(1) 設立経緯

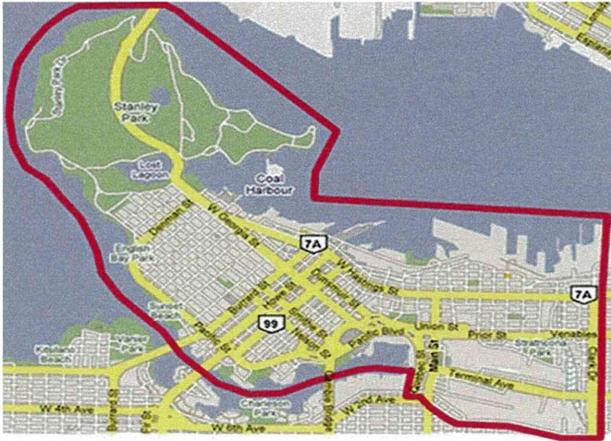
コミュニティ・コート周辺のいわゆるバンクーバー・ダウンタウン・イーストサイド地区には、軽微な犯罪を繰り返す精神障害者や薬物依存者が、ホームレスとなって多数存在していた(少なくともこの地区の犯罪者の半数は、そのような者たちであった)。

このような犯罪者を、ただジェイルや刑務所に送っても、適切な治療やサポートがないのですぐに再犯してしまうのではないか、その前に治療や福祉サービスこそが必要なのではないかという問題意識の下、2004年に刑事司法に関する Task Force チームの中に路上犯罪に関するワーキング・グループ(street crime working group)が創設された。そして、2005年、ワーキング・グループにより、community court の創設が提言され、2008年に、BC州で初めて、バンクーバー市に、ダウンタウン・コミュニティ・コート(以下、DCC という)がパイロット・プロジェクトとして創設された。2013年、バンクーバー市政府は、それを継続することを決定した。

DCC は、B.C.州の provincial court であり、被疑者、被告人の対象者の、犯罪歴、治療歴、現在の症状、抱えている問題などを多方面から検討し、どの処遇がベストなのかを決定し、実際にサポートする問題解決型裁判所である。

(2) キャッチメント・エリア

Downtown Community Court のキャッチメント・エリアは下図の通りである。



<http://www.ag.gov.bc.ca/community-court/how/jurisdiction.htm>

(3) 対象犯罪

- ・ Provincial offences that are heard by Provincial Court judges (such as driving while prohibited, aggressive panhandling);
- ・ All Criminal Code offences:
 - ・ in the absolute jurisdiction of the Provincial Court (for example, shoplifting);
 - ・ summary conviction offences (such as causing a disturbance);
 - ・ hybrid offences where the Crown proceeds summarily (examples are assault causing bodily harm, impaired driving)
- ・ drug possession など
但し、性犯罪、DV は除かれる。

(4) 関係者

DCC には、裁判官、検察官、保護観察官、弁護士、警察官、司法精神科医、看護師、司法連絡ワーカー(forensic liaison worker)、保健司法連絡ワーカー(health justice liaison worker)、就労支援ワーカー、被害者支援ワーカー、住宅支援ワーカー等が常駐している。

(5) 手続

- ① 通常は、被告人が、前日に対象犯罪で逮捕され、裁判所地下の留置場に留置されている。
- ② 7:30 に関係者は裁判所に集まる。
- ③ 朝 1 番で、検察官が、その日に審理が行われる新しいケースのリストをオフィスに持ってくる (留置されている者もいるし、されていない者もいる)。
- ④ 関係各機関が、それぞれのデータベースをチェックしながら、自分の組織との接点が過去になかったかをチェックする。
- ⑤ 検察がチャージの詳細を検討する。
- ⑥ 7:30~8:30 の間に、当番弁護士 (defense duty counselor) が、留置されている被告人にインタビューし、人物、ニーズ、手続きを理解できているかなどを把握する。保釈の希望

の有無についても、被告人に尋ねる。

⑦精神保健関係のプログラムとしては、

- ・保釈プログラム(Bail with the condition of Mental Health Program)
- ・ケースマネジメント付プロベーション(Probation with Case Management Team)

の2つが存在する。

⑧いずれかのプログラムにのせることで、治療を行いつつ再犯防止のための生活支援サポート等を同時に行う。

⑨これらのプログラムに付すことを検討する場合には、さらに、対象者のクイック・アセスメントが行われる。

⑩アセスメントの結果を元にサマリーをつくり、検察、弁護人に提出する。検察、弁護人は8:30からミーティングを行う。

⑪明らかにメンタルヘルスのニーズがありプログラムが必要と考えれば、検察官にプログラムの必要性を提言する。

⑫9:00に開廷。

⑬裁判官による、検察官、弁護人への意見聴取、被告人への質問が行われる。

⑭裁判官による決定・判決言い渡しの後、15分くらいで、裁判官の隣にいる書記官が判決書、決定書を作成し裁判官に渡す。裁判官は被告人の目の前で、条件を読みあげ、被告人はそれにサインする。被告人は、それを持って、同じ建物の上階にいる保健司法連絡ワーカーなどに会いに行き、そこから直ちに支援が開始される。

⑮保釈プログラムに付された場合、支援がうまくいき、再犯の可能性が減少すれば検察が、ケースをドロップすることもある（無銭飲食、窃盗などは、その可能性があるが、assault chargeの場合はほぼない）。

⑯あるいは、有罪判決後に6月程度のプロベーションが言い渡される可能性もある。

(6) 各プログラムの説明

①保釈プログラム(Bail with Mental Health Program)

保釈した上で、治療、生活支援などを行うプログラムである。アセスメントの段階で彼らのニーズは把握できているので、裁判所から外に出る前から援助を行える（住居の手配、食事の手配、精神科治療など）。約1か月プログラムを行い、裁判所に経過を報告する。期間が十分でない場合には、さらに60日間延長される。

②ケースマネジメント付プロベーション(Probation with Case Management Team)

有罪言い渡しと同時にプロベーションが言い渡され、ケースマネジメントチームの関与による治療・生活支援が行われる。

以上のように、ある対象者について、起訴するよりも、精神科治療と福祉サービスを提

供することで再犯を防げるとの結論に至れば、検察官は起訴せずに、医療と福祉につながるために保釈プログラムを決定し、その瞬間から支援が開始される。あるいは、服薬遵守に不安があるような対象者については、保護観察官の監督の下で治療を継続させることが最善と考え起訴し、有罪+保護観察命令を言い渡して、ケースマネジメントチームの関与による治療・生活支援が行われる場合もある。いずれの場合も、医療と福祉につながるためには、対象者の同意が必要となる。

2 : Vancouver Forensic Clinic & Vancouver Courthouse

(1) 概要

司法サービスを提供しているのは、ブリティッシュコロンビア州の Forensic Psychiatric Services Commission (以下、FPSC という)である(Forensic Psychiatry Act §5)。FPSC は、BC Mental Health and Addiction Services の一部を成しており、BC 州内の精神障害犯罪者に関する鑑定、治療、臨床ケースマネジメントの責任を負っている。また、裁判所でのリエゾンサービスも行っている。

このように刑事司法制度内でも治療につなげるべきだという議論は、ブリティッシュコロンビア州では 1990 年代後半から始まった。

(2) FPSC の提供するサービス

①Regional Community Clinic におけるサービス提供

・ブリティッシュコロンビア州内 6 か所 (バンクーバー、サリー、プリンスジョージ、ナナイモ、カムループス、ビクトリア) でサービスを提供している。広いエリアを管轄しているクリニックの場合には、地元のクリニックにリエゾンオフィスとして関わってもらっている。

- ・保釈やプロベーションに治療条件が付いた者の治療を行う。
- ・判決前レポート(Pre-sentence report)を作成する。
- ・訴訟能力、責任無能力(Not Criminally Responsible on account of Mental Disorder)の鑑定を行う。
- ・性犯罪者へのトリートメントを行う。
- ・司法精神病院からの条件付退院者に対するスーパーヴィジョンを行う。

②Forensic Hospital でのサービス提供

・バンクーバーから車で 1 時間ほどのポートコクイトラム(Port Coquitlam)にある州の司法

精神病院である。別の地で 1974 年に開始されたが、1997 年に現在地に移設された。9 ユニット（4 maximum security unit、4 closed unit(medium security)、1 open unit (cottage)）から成り、ベッド数は 188(seclusion bed を入れると 190)である。入所者は、入所後、段階的セキュリティレベルが下げられていく。

・訴訟無能力者、責任無能力者、未決者で訴訟能力はあるが精神疾患に罹患している者(Fit but Fragile)、矯正施設から強制入院要件を満たし治療のために移送されてきた者 (temporary absence)、Dual Status Offender への治療を行う (Dual Status Offender とは、Forensic Hospital にいる間に別罪で起訴され拘禁刑が科された者を指す)。

・勾留中の被告人に対する鑑定を行う。

③Vancouver Courthouse でのサービス提供

・被疑者が逮捕されると、検察が、ケースを DCC か通常の provincial court のいずれかに振り分ける。DCC の対象となるのは、保護観察が予想される、短期刑が予想される、あるいは、コミュニティーでのプログラムが提供され得るような軽いケースであり、もう少し重いケースは通常の provincial court の対象とされる。

・通常の provincial court に係属した被疑者・被告人について、精神障害の疑いがある場合に、住所、生年月日、氏名、電話番号、精神科病歴、精神病院への通院歴、コミュニティーメンタルヘルスチームとの接触状況、服薬歴などの情報を集め、それを元にサマリーを作成し、検察、弁護士らに提出する。

(3) Downtown Community Court(DCC)での治療サービス提供と、FSPC による治療・サービス提供との違い

・軽微な犯罪を行った者は DCC、比較的重い罪を犯している者は通常の Provincial Court で審理が行われる。後者が、FSPC の対象となる。

・通常の Provincial Court で保釈決定が出されたり、プロベーションの判決が言い渡されても、DCC でのような手厚いサービスが受けられるわけではない。例えば、プロベーション判決が言い渡されたら、長時間にわたる書記官の書類作成を待ち、何のサポートを受けることもなく外に出される。書類には、多数の条件が記され、48 時間以内に保護観察官 (probation officer)のところへ出向かなければならない。このような状況では、48 時間経過前に、再犯に至る可能性が極めて高くなる。一方、DCC では、裁判所の外に出る前に、家の手配、診察の手配、食事の手配などが迅速に行われる。保釈決定がなされた者の場合、裁判所という場所＝自分を援助してくれる場所という認識が出来るため、再度出廷することに対する障壁は低くなる。

研究報告書

ドイツにおける精神保健医療制度に関する調査・研究

山中 友理

関西大学政策創造学部

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）

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

ドイツにおける精神保健医療制度に関する調査・研究

研究協力者 山中 友理（関西大学政策創造学部 准教授）

研究要旨

本研究は、研究代表者の研究の一助をなすものである。研究代表者からドイツの非自発的入院について、法的根拠、手続、及び医療の実態を調査・報告するよう求められ、裁判所における手続に関連する実務、および、医療機関における治療の実態を現地で調査する必要性が生じた。これを受け、平成26年9月2日～4日にかけてドイツ視察を実施した。視察は、ドイツの各州において法律が異なり、運用実態も異なる公法上の入院のうち、バイエルン州に的を絞り、バイエルン収容法上の非自発的入院の法制度、手続、医療の実態についての調査を行ったものである。また、連邦全土で共通の世話制度による民事入院についても調査を行った。

本報告書では、研究方法として、視察メンバーの選出、視察先の選定とその基準、視察の交渉の経緯と視察先の決定、視察の方法と内容を示す。具体的な研究結果および考察（各訪問施設における調査・聴取内容）については、簡潔にまとめる程度にとどめ、他の視察メンバーの報告書で示す。また、視察では、上記の主目的にとどまらず、精神科医療の周縁分野にまで調査対象が広げられたため、これらについても各人でまとめている。したがって、考察では主として、法制度内容とともに、各施設から回収した共通調査項目に対する回答内容や視察中に収集した資料内容を示す。なかでも、視察中に知った、地域精神医療における興味深いサービス（危機介入サービス）に関しては、帰国後に追加調査した。結論として、本研究を通じて、ドイツにおける民事入院の法制度、実務を知ることができた。また、公法上の入院に関しては、バイエルン州のみではあるが、複数の施設において多岐に渡る情報を調査・聴取することができた。

次年度以降も、本研究の成果をさらに発展させる形で、同国の他の州および他国の視察調査を進めるべきであると考えている。

研究協力者

米村滋人（東京大学大学院）

八木 深（独立行政法人国立病院機構 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

本分担研究報告書は、厚労省科研費「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・山本輝之）の研究協力者として、筆者が行った研究をまとめた

ものである。

筆者は、山本代表からドイツの非自発的入院について、法的根拠、手続、及び医療の実態を調査・報告するよう求められた。

これを受け、調査に先立つ予習として、平成 26 年 4 月 19 日に成城大学で開催された「地域精神医療研究会」において筆者は「ドイツにおける『民事入院』と『治安入院』」について報告を行った。この準備過程で明らかになったのは、ドイツにおける非自発的入院は、公法上の入院（治安入院）と民法 1906 条による入院、すなわち、世話人による入院（民事入院）の二形態があるということであった。治安入院に関しては、連邦各州が入院に関する規則を定める権限を有しており、全 16 州のうち 13 州は、通称「精神障害者法 Psychisch-Kranken-Gesetz」を制定し、残りの 3 州は、通称「収容法 Unterbringungsgesetz」を制定している。両法とも、内容に差異はほとんどない。名称において、前者は精神障害者の支援と保護が強調されているのに対し、後者は治安維持が強調されている点が異なる。治安入院は、他害のおそれを入院の根拠としている。報告は、バイエルン州の収容法における収容要件、手続、関係機関、執行方法等について、および、民事入院における世話人、収容の手続等について行った。

この報告からわかったことは、ドイツにおける非自発的入院は、二形態とも「家事事件及び非訟裁判手続きを改正する法律」（以下、FamFG とする）に規定されている手続規則に基づいて、後見裁判所で入院の許可がおりるということである。筆者の報告を聴講していた研究会員からは、手続は民事手続きであることから、今後の調査

を進めるにあたっては、民法の専門家の協力が必要であろうという声があがった。そこで、世話制度の研究者である上山泰教授（新潟大学）に依頼し、平成 26 年 7 月 27 日の同研究会において、「ドイツにおける非自発入院と世話制度」というテーマで報告していただいた。

以上の二報告を経て、現地の後見裁判所における手続に関連する実務、および、医療機関における治療の実態を現地で調査する必要性が認識され、平成 26 年夏にドイツに視察に行くことが決定された。

B. 研究方法

ドイツにおける非自発的入院に関する法制度および実態を調査するために、ドイツに視察に行くこととなった。

（1）視察メンバーの選出

視察メンバーは、山本代表と話し合いの末、精神科医と法律家（民事および刑事分野の者）で構成することにした。精神科医は、ともに精神保健指定医かつ精神保健審判員である八木深（国立病院機構 花巻病院院長）と中元総一郎（汐の宮温泉病院医師）の二名を選出した。両者は、臨床家として、精神科医療施設において患者に医療を施すと同時に、精神保健福祉法上の入院、または、刑事手続における責任能力鑑定（簡易鑑定、本鑑定）もしくは医療観察法の鑑定にも携わっている。法律家は、民事分野からは米村滋人（東京大学大学院法学政治学研究科准教授）を選出した。米村氏は、現在は、医事法・民事法を研究対象としている。また、循環器内科医としての臨床経験（平成 12 年 5 月～14 年 3 月：内科初級研修、平成 16 年 5 月～18 年 3 月：日赤医

療センター常勤医、平成18年4月～25年9月：仙台循環器病センターにおいて週1、2回循環器内科医として勤務）も豊富である。さらに、平成21年9月～23年8月までマンハイム大学に客員研究員（Gastwissenschaftler）として二年間留学していた経験から、ドイツ民法・民事手続を理解する上で適任とされた。刑事分野からは、筆者（関西大学政策創造学部准教授）が参加することとなった。筆者は、ミュンヘン大学法学部で法学博士号（平成20年7月取得）を取得するにあたり、平成17年～19年にバイエルン州の4つの司法精神病院で短期の視察・研修（Bezirkskrankenhaus Straubing、Inn-Salzach-Klinikum、Klinikum am Europakanal）、および、Isar-Amper-Klinikumの司法精神・急性期病棟・性犯罪者処遇病棟において集中研修（Praktikum：平成14年9月～10月、平日8時30～17時）を受けた。さらに、ミュンヘン大学法学部在学中（平成14年10月～20年7月）にHeinz Schöch教授（法学部：刑法・刑事政策）、Norbert Nedopil教授（医学部：司法精神医学）の指導を受けていたため、視察の調整役を担うことが可能であった。

（2）視察先の選定とその基準

すでにA.で述べたように、ドイツの治安入院の実態を把握するには、本来、「精神障害者法 Psychisch-Kranken-Gesetz」をとる州と「収容法 Unterbringungsgesetz」をとる州の両方を調査する必要がある。しかし、今回は、時間の制約上バイエルン州に的を絞った。

はじめに、訪問先を、非自発的入院の言

渡しを受けた者が入院している病院、および、入院手続に携わっている後見裁判所に設定した。前者に関しては、地区精神病院の一般病棟にそのような対象者が入院しているのではないかと予想した。そして、ミュンヘン大学医学部の精神科には司法精神教室があることから、民事入院や収容法上の入院の要否を決定するために行われる鑑定にも関わっているはずであると予想した。これらの訪問が実現した場合には、医療関係者の視点から制度の説明を聞き、実務の把握に努めることを目的に据えた。後者に関しては、法制度・手続を知る上で、裁判官から聴取することが必須事項であった。

（3）視察の交渉の経緯と視察先の決定

平成26年6月16日からドイツ側の関係者と視察の受け入れ交渉を開始した。Ansbach地区精神病院に関しては、一般病棟のHans-Peter Scholl医長から訪問時期がドイツの夏期休暇にあたり病棟の人手が足りず、受け入れの余裕がないと断られた。司法精神病棟のJoachim Nitschke医長からは許可がおりていたが、一般病棟の訪問が主目的であったため、Ansbach地区精神病院の訪問自体を断念した。その結果、バイエルン州の南部のミュンヘンとその近郊に訪問先が絞られることになった。最終的には、平成26年9月2日に、ミュンヘン市内からもさほど遠くないOberbayern地区病院機構Isar-Amper-Klinikum（報告担当：八木）、平成26年9月3日の午前にミュンヘン後見裁判所、午後にミュンヘン大学医学部精神科（報告担当：米村）、平成26年9月4日ミュンヘン市内から車で1時間程度の郊外にある

Inn-Salzach-Klinikum（報告担当：中元）という内容で確定した。

（4）視察の方法と内容

視察に先立ち、平成 26 年 8 月 15 日に、山本代表が他の国の視察の際にも使用している、3 書面（「事例 1：ゴミ屋敷事例」、「事例 2：家族と不和事例」、「共通調査項目」）を各施設の担当者にメールで送付し、回答の準備をお願いした。これらは、調査の目的・内容を明確にするためのもので、調査を進めるに上でも基幹となるものである。事例は、日本においてよく見られる症例とそれにまつわる法制度上・実務上の問題点を示し、他の国ではこれらの事例をどのような法または医療制度で対処しているか聴取するために有用なものである。「共通調査項目」は、事例の中に含まれる問題点に対する質問内容を整理するために作成されたもので、法制度や統計についての質問を、簡潔に一覧（大きくは 10 の質問）にしたものである。

実際の視察においては、各施設から回答を得ることができ、その回答に基づき、制度内容や手続き実務について意見交換を行うことができた。さらに、医療現場を見学することで、視覚的にも多くの情報を得た。

C. 研究結果

視察を通して得た情報は、担当者各人の報告書の内容の通りである（別紙参照）。視察においては、上記 B.の主目的にとどまらず、周縁分野にまで調査対象を広げることに成功した。視察メンバーが医療観察法や薬物離脱指導の研究をしていることを受け、具体的には、刑法上の保安処分（平成 26 年

9 月 2 日：ドイツ刑法 63 条「精神病院収容」を執行している司法精神病棟の見学・医師からの情報提供および質疑応答、平成 26 年 9 月 4 日：ドイツ刑法 64 条「禁絶処分」を執行している薬物病棟見学・医師からの情報提供及び質疑応答）について、また、平成 26 年 9 月 3 日の午後のミュンヘン大学附属病院精神科においては、自殺企図又は他害行為のリスクが高い患者への身体拘束、および、大学病院における医療体制（組織構造、他の医療機関との役割分担・連携）も学ぶことができた。これらについても、各人の報告書で紹介されている。

D. 考察

本視察は、ドイツの各州において法律が異なり、運用実態も異なる治安入院のうち、バイエルン州に的を絞り、バイエルン収容法上の非自発的入院の法制度、手続、医療の実態についての調査を行った。また、連邦全土で共通の世話制度による民事入院についても調査を行った。各訪問施設における調査・聴取内容に関しては、個別の担当者の報告書に説明を委ねるため、ここでは、概要を簡潔にまとめる程度にとどめる。

平成 26 年 9 月 3 日 Isar-Amper-Klinikum の視察（八木報告）は、事例 2 例を基にして行った精神科医 2 名との質疑応答と意見交換が主であった。この日は、世話制度による民事入院およびバイエルン州収容法の入院の実態の大枠を把握することに成功した。つまり、当院の匿名の患者の例などを通して、入院から社会復帰に至る流れを知ることができた。そして、その後の視察において、何を聴取するべきかという方向性が定まった。八木報告は、一般受け入れ病

棟や司法精神病棟の見学内容とその際の質疑応答の内容もまとめている。

平成26年9月3日の午前中に訪問したミュンヘン後見裁判所（米村報告）では、初日の医療従事者からの聴取内容を、判事との質疑応答と意見交換を通じて、法的側面から確認した。判事からは、根拠条文だけにとどまらず、書籍等では実態を知ることが困難である後見裁判所の組織構造、判事の職務などについても聴取することができた。また、午後から訪問したミュンヘン大学医学部精神科では、再度、非自発的入院に関して説明を受け、それに関連する形で、拘束・強制治療の法律関係についても説明を受けた。米村報告に関しては、下記でも随所で言及する。

平成26年9月4日 Inn-Salzach-Klinikum の視察（中元報告）は、午前中は、臨床社会精神科（一般精神病棟）を訪問した。最初に病棟見学が行われた。その後、精神科医師2名から、民事入院と収容法上の入院の説明を受けた。この施設では、平均入院期間等の当施設の具体的な統計が示された。さらに、Isar-Amper-Klinikum の視察では、具体的に知るまでには至らなかった、非自発的入院にまつわる医療保険の話やバイエルン州におけるホームの実態、世話制度の問題点等を知る貴重な機会を得た。また、午後には、司法精神病棟を訪問し、2名の医師と保安処分のうち、刑法64条の禁絶処分についてかなり詳細な聴取を行うことができた。その後、禁絶処分の急性期病棟と開放病棟を見学した。

続いて、視察の総括を、各施設から回収

した共通調査項目に対する回答と視察中に収集した資料も参照しながら行う。上記の各担当者の報告書と下記とを合わせると、前述A.の筆者の研究会報告の内容は、情報が補完され、かなり具体性を伴ったものとして理解できるようになったであろう。

（1）バイエルン州における非自発的入院について

はじめに、ドイツにおける任意入院と非自発的入院の違いであるが、対象者の同意があるか否かで区別されている。同意があるというためには、対象者が説明を受けて自然な意思形成をする能力を有している必要がある。同意が入院過程でなくなった場合には、緊急収容に切り替えを行う。

民事入院とは、民法1906条に規定されている世話制度に依拠する非自発的入院のことをいう。米村報告では、民事入院に関する法律（参考資料として民法該当条文の和訳）、世話人の選任手続、後見裁判所における審査手続きの前提要件や流れ（原則的な審査手続きと急を要する場合の審査手続き）について説明されている。また、後見裁判所の組織体制や後見裁判官の職務内容についても報告されているので、参照されたい。入院に関する手続は、FamFG312～339条に規定されている。

続いて、バイエルン州における公法上の入院に関して説明する。入院の法的根拠は、バイエルン州収容法（以下、BayUGとする）である。ただし、入院手続に関しては、FamFG312条以下が適用される。

公法上の入院は、対象者が精神の病気や障害のために、社会の安全や秩序、とりわけ自らの生命または健康をも著しく危険にさらす場合に言い渡される（BayUG1条）。

この場合の危険とは、緊急の直接的な危険を指す。手続に関しては、行政官庁の申請によることが必須である。バイエルン州には緊急の場合に備えて緊急一時入院（BayUG10 条）の規定があるが、この場合には、警察または病院長の緊急措置が行政官庁の申請の代わりとなる（BayUG10 条 2、4 項）。ミュンヘン後見裁判所が扱う公法上の入院のうち半分が、緊急一時入院である（平成 26 年 9 月 3 日の後見裁判所判事からの聴取内容）。入院の費用に関しては、対象者の自己負担、健康保険、扶養義務者、社会保障が支払うことになっている（BayUG25 条 1 項、この点につき中元報告も参照）。

後見裁判所が関わる非自発的入院の治療に関しては、民事入院も公法上の入院も同じ内容となっている。基本的にどの病院に入院してもかまわないが、ミュンヘンでは、Isar-Amper-Klinikum（病院の詳細は、八木報告参照）に入院することが多い。非自発的入院の対象者に多い診断名は、痴呆と統合失調症である。

（2）危機介入サービスについて

さて、わが国の精神科医療は、近年、入院医療から地域精神医療への円滑な移行を目指している。平成 26 年 9 月 2 日に Isar-Amper-Klinikum を視察した際に、地域精神医療として、興味深いサービスを提供している施設（出資は、地区、公益法人、州都ミュンヘン、バイエルン州厚生局）の存在を知ったため、筆者は、後日書面およびインターネットから情報を入手し調査を行った。ミュンヘンは、市内の交通の便がよいところに、24 時間アクセスすることが

可能な Atriumhaus という施設があり、以下の地域精神医療サービスを提供している。危機介入病棟（15 床）、デイクリニック（15 床）、ナイトクリニック（10 床）、危機介入外来および長期外来、危機介入のための指令センターである。この施設の構成員は、専門医 15 名、専門看護師 30 名、心理士、ソーシャルワーカー、エルゴセラピスト、芸術セラピスト、ダンスセラピスト、運動セラピスト、スポーツセラピスト等である。さらに、民間の協力者チームが精神科専門家の仕事を補助している。

このうち、指令センターが提供する危機介入サービスについて詳細に紹介する。このサービスは、目下、ミュンヘン南部、西部、中部の住民を優先的に対象者として、あらゆる精神的な危機状態に対して、認定された緊急支援を提供するというものである。具体的にいうと、当サービスには 16 歳以上の者、親族、担当者、専門職からの相談が寄せられる。当サービスでは、毎日 9 時から 21 時までの電話相談を受け付け、通院施設、自施設内またはミュンヘン東部病院等の入院施設の紹介など、情報提供を行っている。さらに、かなりの危機状態に陥っている者に対しては、「モバイル出動」チームが現場に出向し、対処している。このサービスは、患者の社会復帰を支援するものである。患者が地域で医療を受ける中で、症状が悪化し、危機的状況に陥った際に対処されずに、かなり症状が悪化してから、または、アクシデントが発生してから閉鎖病棟に長期入院となるのを回避すべく、提供されている。地域精神医療の定着に欠かせないものであると感じた。

(3) Inn-Salzach-Klinikum から提供された統計

視察においては、調査内容を補完すべく情報として、平成 26 年 9 月 4 日視察の Inn-Salzach-Klinikum から統計が提示されたので、下記でまとめる。

視察した臨床社会精神科(中元報告参照)では、平成 26 年 9 月 1 日現在、入院患者総数 124 人のうち 37 人が民事入院の患者であった。平均在院日数は、28.96 日となっている。さらに、2013 年度の同病院の救急精神科においては、非自発的入院件数が、1684 件(22.2%)であった。非自発的入院のきっかけは、救急によるものが 51.1%、医師による指示が 27.9%、他病院からの移送が 20.7%となっている。入院前の生活場所は、自宅が 48.1%、医療機関が 23.3%、ホームが 14.9%の順で多かった。また、退院時の帰住先は、私宅が 50.5%、ホームが 30.6%となっている。統計からも、ホームが精神科医療に深く関わっていることがわかった。

(4) その他の統計

(a)ミュンヘン大学医学部精神科からの文書回答によると、2005 年の公法上と民事上の入院手続件数は、208,779 件である(出典：連邦法務省の統計)。これをもとに計算すると、ドイツの人口 8250 万人中、400 人に 1 人が非自発的入院となっているという(0.25%)。また、1992 年の世話法の改正後、2002 年には、100 万人以上も後見件数が増加し、それに伴う形で、世話制度に基づく非自発的入院件数も 21,004 件(1992 件)から 52,810 件(2008 年に増加しているという。一方、公法上の非自発的入院の

数は、過去十年で 52,191 件(1992 年)から 58,420 件(2002 年)と 12%の増加にとどまっている。

(b)Valdes-Stauber, Deinert, Killan による 1992~2009 年までの入院件数の推移を観察した調査(出典：Fortschr Neurol Psychiat 2012, 80:267-275)によると、全国的に公法上の入院の方が、民事上の入院よりも言渡しの件数が多いことがわかった(ただし、ミュンヘンの視察時には、逆の回答)。精神科入院日数の中央値は、2009 年度は 20.4 日で、1992~2009 年の間に 47%減となっている。

州間の比較では、住民 1 万人あたりの入院人数が、旧東ドイツ領の州では、旧西ドイツ領の州の三分の二程度であり、低かった。民事入院の住民 1 万人中の割合は、旧西ドイツ領の州が平均 7.55、最高がバイエルン州の 13.58 であった。旧東ドイツ領の州の平均は 2.44 であった(2009 年度)。

また、公法上の入院の住民 1 万人中の割合は、旧西ドイツ領の州の件数が平均 10.02、旧東ドイツ領の州の平均は、平均 3.1 であった

(c)Valdes-Stauber, Wiederholt, Killan の民事入院および強制入院における大都市と地方との傾向の長期間比較調査(出典：Psychiat Prax 2012, 39:267-274)によると、調査したバイエルン州の大都市(ミュンヘン)の方が地方(アルゴイ地方の一部)よりも、民事入院の件数が、3 倍も多かった。他方、後見の件数自体には差はなかった。公法上の入院も大都市の方が多かったが、わずかな違いで、全国平均の域であった。

E. 結論

本視察によって、上記報告と各担当報告の通り、ドイツにおける民事入院の法制度、実務を知ることができた。また、公法上の入院に関しては、バイエルン州のみではあるが、複数の施設において多岐に渡る情報を調査・聴取することができた。上記の内容は、視察メンバー全員によって平成 26 年 11 月 16 日に成城大学で開催された「地域精神医療研究会」でも報告された。

F. 健康危険情報 なし

G. 研究発表 なし

H. 知的財産権の出願・登録状況 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。

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。

Case Study 1

Frequently hospitalized, has schizophrenia, living alone, first complaints were from neighboring residents, ongoing social hospitalization.

Patient status: 46-year-old female, no pre-existing medical conditions. Not possible to contact relatives.

History leading up to consultation

- No siblings. No abnormality in perinatal development. Unemployed since graduating from junior high school.
- Patient ran off with a romantic partner at X-25 years (21 years of age), after which she lost touch with her parents' home.
- At X-20 years (26 years of age), she complained to her husband that she was being "chased by someone," and subsequently consulted a mental hospital. She was diagnosed with schizophrenia and was voluntarily hospitalized for three months. Subsequently, since she tends to stop taking her medication, she has been hospitalized twice for her own medical protection and has undergone voluntary hospitalization five times.
- Her decline in cognitive function and living capability became gradually more marked, and her husband started taking on most of the housework.
- At X-1 years (45 years of age), her husband died in a traffic accident. She survived by using up her husband's life insurance and survivor's pension. Gradually, she became reclusive at home, her visits to hospital became irregular, and her insomnia continued.
- At X years, she was storing garbage inside her house and also bringing inside large items of garbage discarded at trash collection points. Garbage gradually began to pile up in front of the house, which smelled terrible and presented an obstacle to traffic. Compelled to action, her neighbors consulted the officer in charge at the municipal environment department, who visited the home.

Reasons hospitalization was judged necessary

- When the environment officer visited, garbage was overflowing both inside and outside the home; a so-called "house of garbage" state. The patient would only repeat "I need all these things" while standing in the doorway, refusing to make eye contact with the environment officer.
- Judging that her actions were possibly caused by a mental condition, the environment officer consulted with a city public health nurse. When the nurse