

visited, the patient was physically hiding herself among the trash, despite the terrible smell.

- Subsequently, after visiting her several times, the nurse figured out that she had a history of psychiatric treatment. The nurse persuaded her to come along for a hospital visit and consult a doctor. Even when the designated psychiatrist explained about hospitalization, the patient insisted that, “It is safer to hide at home than in hospital,” and did not agree to hospitalization.
- Taking into account 1) the impact on her health management and the risk of her condition worsening when she stops taking her medication and 2) that her delusional behavior was a nuisance to the neighborhood, as well as concerns that this nuisance may be exacerbated as her condition worsens, the designated psychiatrist determined that hospitalization for her own medical protection was necessary, with the mayor’s consent.

### **Status in hospital**

- In the first month directly after admission, she wrapped herself in her futon and spoke to herself all day except when eating, using the bathroom, or washing herself, but with adjustment of her medication her mental state gradually improved. With the assistance of nurses and occupational therapists, her level of activity and her living capabilities also improved, but her awareness of her own condition was insufficient.
- Around 6 months after hospitalization, she was evicted from her pre-hospitalization residence. Judging from her episodes before hospitalization, it seemed that living alone would prove difficult for her; however, since there was no group home that would accept her, she has been forced to continue social hospitalization despite the improvement in her medical condition.

<事例 2> 未治療、統合失調症、家族同居、元々不良だった家族関係が入院でさらに悪化  
【患者の状況】 38 歳、男性、既往症なし。姉と姪が本人宅に出入りし本人と関係不良。

【相談までの経緯】

・ 同胞 2 名第 2 子。周産期発育に異常なし。中学校卒業後、運送業を転々とした。X-4 年夏より引きこもり。未婚。父親は死亡しており、母親と 2 人暮らし。

・ X-5 年(33 歳)時に不眠、抑うつ気分を認め、A 病院精神科へ初診した。「うつ病」の診断でパロキセチンが処方されアクティベーション様の興奮をきたし、窃盗、暴行で逮捕され執行猶予となった。以降、自宅閉居、無為な生活を送るようになった。母に対して暴言や暴力を振るい、怒りは姉と姪に対して特に顕著だった。自宅で電話のコンセントを抜く、窓にエアキャップを貼り目張りをする、自室の扉に釘を沢山打ちつけ、「盗聴されている」「見張られている」と防犯カメラを何台も設置する、などの被害妄想に基づく異常行動も認めるようになった。

・ 姉と姪は母のことを心配し本人宅を訪れ、本人に干渉し叱咤していた。本人は姉と姪に対して徐々に怒りの感情を溜めていた。母は姉、姪と本人の不仲に困惑していた。

・ X 年家族が精神科への受診を促す度に興奮をきたし、家族は保健所に相談したが、手続きが複雑との理由で公的搬送サービスは利用できなかった。X 年 5 月 10 日、困った家族が民間の救急搬送サービスに依頼し、本人を精神科病院に受診させた。

【入院が必要と判断した理由】

・ 診察場面では、穏やかに現在までの出来事を振り返り、幻覚や妄想は目立たず、怒りの対象は家族に限局しており、医療の必要性を否定した。姉と姪は精神科への入院の希望が強く、本人の現在までの威嚇行動や精神的不安定さを切々と語った。本人は、姉、姪の入院要求に対し「ぶち込めばいいと思っているんだろが！」「覚えてろよ！」と突如興奮し殴りかかろうとした。診察した精神保健指定医は、統合失調症と診断し、家族への攻撃性が顕著であり、継続的な外来治療も困難なため入院加療を要すると判断したが、本人は入院に同意しなしないため、同行していた母親の同意を得て、同日医療保護入院となった。

【入院時の状況】

・ 外来での興奮状態から衝動行為の恐れが高く、精神保健指定医の診察の結果、隔離を開始した。リスパリドン 1.5mg の投与を開始し、興奮が改善したため隔離を解除した。病棟内適応は良好で妄想も目立たなかったが、家族面会の度に「勝手に入院させやがって。薬漬けにすればいいだろ！」と暴言を浴びせ物を投げつけるなど興奮を呈した。入院当初は、早期退院が可能と思われたが、元々不良であった家族関係が非自発的入院により複雑化し、自宅への退院には慎重な判断と家族調整を要すると考えられた。家族への心理教育を行い、複数回の外泊で安全を確かめたのちに、同年 7 月 6 日に自宅へ退院となった。

【現在の状況】

・ X 年 8 月現在、自宅で生活し外来通院は継続しているが家族に対する敵意や衝動性は持続しており、家族は本人に怯えながら生活を続けている。

## **Case Study 2**

Untreated condition, has schizophrenia, lives with family, familial relations (originally poor) worsened after hospitalization.

**Patient status:** 38-year-old male, no pre-existing medical conditions. His sister and niece move in and out of his house, and their relationships with him are bad.

### **History leading up to consultation**

- Second child of two siblings. No abnormality in perinatal development. After graduating from junior high school, he drifted around working in the transportation industry. In the summer of X-4 years, he became socially withdrawn. Unmarried. Father died, and he was living together with his mother.
- At X-5 years (33 years of age), he recognized his lack of sleep and depressed mood and went for an initial visit to psychiatric hospital A. Diagnosed with "depression," he was prescribed paroxetine, which stimulated a kind of agitated activation, and he was arrested for theft and assault and given a suspended sentence. He subsequently spent a lot of time at home living an inactive life. He was violent and verbally abusive toward his mother, and demonstrated particularly marked anger toward his sister and niece. He would pull the phone cord out of the wall at home, cover the windows with bubble wrap, drive numerous nails into the door of his room, as well as install multiple security cameras because he was "being watched" and "eavesdropped upon." It was recognized that his abnormal behavior was based on delusions of persecution.
- Worried about the patient's mother, his sister and niece visited the house and scolded him and intervened in his behavior. The patient started gradually accumulating anger toward his sister and niece. His mother was puzzled by the falling-out among her son and his sister and niece.
- Year X: Whenever the family encouraged him to visit a psychiatric clinic, it caused him to become agitated. The family consulted a health center, but could not arrange public transportation services since the procedures were complicated. On May 10 of year X, the troubled family requested a private-sector ambulance service and made him visit a psychiatric hospital for diagnosis.

### **Reasons hospitalization was judged necessary**

- At the examination, he calmly recounted the events leading up to the present day, his hallucinations and delusions were not markedly noticeable, the target of his anger was limited to his family, and he denied the need for medical care. His sister and niece strongly hoped that he would be admitted to psychiatric care, and spoke in desperation

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.

## 資料 3

### ドイツ出張報告（後見裁判所・ミュンヘン大学）

東京大学大学院 米村滋人

#### 1 概要説明

##### (1) 出張概要

本報告書では、2014年9月に実施されたミュンヘン調査のうち、9月3日午前に訪問した後見裁判所訪問時の聴取内容、および同日午後訪問したミュンヘン大学病院精神科での聴取内容をまとめる。

訪問団が訪れた後見裁判所（Betreuungsgericht）は、ミュンヘン区裁判所（Amtsgericht München）内に設置された裁判所であり、ミュンヘン市および周辺郡域の後見事件を所管する。当日は、グッテンベルガー判事にご対応頂き、訪問団の質問に対して詳細な説明を受けることができた。

また、ミュンヘン大学病院は、総計 2080 床の病床数を有する大規模な病院であり、広大な敷地に 43 の診療科や部門が別個の建物に入っている（病床数・部門数は 2013 年のミュンヘン大学病院年報によった）。ミュンヘン大学病院では、多数の医師や関係職員の方から、病院の概要説明、病棟や各種施設の構造・機能等の案内・説明、さらには背景となる法律関係の説明を受けることができた。

##### (2) 前提となる法律関係

聴取事項をまとめるに先立って、基本的な法律関係の概要をまとめておく。

ドイツにおいて、強制入院（収容 Unterbringung）の法律関係には、以下の 2 種が存在する。第 1 に、民事上の収容制度があり、この制度では法定後見の手続によって選任された世話人（Betreuer）が代行決定として入院の決定を行う。法定後見の要件については、民法 1896 条に、民事収容の要件や裁判所の許可等については、民法 1906 条に規定がある（後掲参考資料参照）。

第 2 に、公法上の収容制度があり、この制度では行政庁が収容決定を行う。公法上の収容制度には、さらに根拠法の違いによって複数のものが存在する（詳細は後掲の調査報告部分で言及されている）。

#### 2 後見裁判所での聴取内容——世話人による収容等の手続

後見裁判所においては、世話人の選任手続と民事収容の手続について、説明を聴取することができた。聴取した説明の内容は、以下にまとめるとおりである（報告者による補足説明を、「報告者注」として適宜挿入した）。

##### (1) 世話人の選任手続

###### (a) 申立て

世話人の選任は申立てを受けて行われるが、その場合の申立てには、申請（Antrag）と提案（Anregung）の 2 種が存在する。本人が行う場合は申請として扱われる一方、その他の者の申立ては「提案」として扱われる（報告者注：法律上、世話人の選任は本人の申請または職権によって行われるものとされており（民法 1896 条 1 項）、「提案」は裁判所に対し職権発動を求める申立てと理解される）。「提案」は事実に関する通報の意義を有し、誰からでも行うことができる。

もともと、実際には、いずれも記入済みの様式が後見裁判所に郵送または FAX で送られ、手続が開始される。その点で大きな違いはない。

#### (b) 原則的な審査手続

世話人選任の申立てがあった場合、審査が行われる。緊急の案件でない限りは、ミュンヘン市または郡の世話官庁 (Betreuungsbehörde) が対応し、一次審査を行う。一次審査では、社会教育学を専門とするスタッフが本人や親族、友人等と面談し、世話を必要とする状態であるか否かにつき、社会性を中心に判断する。その際、本人の意向も確認することとなっている。(報告者注：民法 1896 条(1a)項において、「成年者の自由意思に反して世話人を選任することはできない」と定められており、世話人の選任手続を進めることが本人の意思に反しないことを確認する必要がある。)

一次審査で世話人をつける方が良いと判断されれば、精神科医による鑑定に進む。鑑定によって、最終的に世話人選任の必要性が判断される。

#### (c) 急を要する場合の審査手続

以上は原則的な審査手続であるが、急を要する場合には、世話官庁を介さずに手続内補佐人 (Verfahrenspfleger ; 官庁などとは独立して専門的業務を行う者) が世話の要否を判断する形で手続を進めることもできる。例として、交通事故で負傷し緊急治療が必要だが、本人が判断できる状況にない場合が挙げられる。このような場合には、病院からの世話人選任の申立て (提案) を受けて、手続内補佐人が世話人選任の必要性等を判断する。通常は 4 日程度で世話人の選任がなされる。

さらに緊急を要する場合は、手続内補佐人を介在させず、裁判所から電話をして家族を世話人に選任する場合もある。しかしこれは例外的で、法律上は手続内補佐人のような中立的第三者の介在が求められている。

## (2) 収容の手続の概要

収容の手続に関しては、裁判官が現場を訪問し、精神科医による鑑定を行い、鑑定書を作成して収容の必要性を判断するのが原則である。しかし実際には、本人が協力的でない場合もあり、そのような場合には、警察が当事者を病院に移送し、そこでヒアリングや鑑定を行う場合もある。対象者が緊急入院によって既に入院している場合には、翌日に裁判官が病院に行き、入院の必要性を判断する。

他方で、公法上の収容に関しては、バイエルン州の収容法 7 条に準備手続の規定があり、そこに事前調査を行うべきことが定められている。しかし実際には急を要することが多く、その場合は 10 条によって郡の権限で仮の収容を行う (実際は半数程度である)。

#### \* 後見裁判所の態勢と具体的な手続について

後見裁判所には 13~16 名の裁判官がいる (報告者注：山中に対するグッテンベルガー判事の視察後のメール回答によると、現在は 13 席で、人数的には 16 名となっている)。朝 6 時くらいから、病院に常駐している裁判所職員から新規入院の患者の情報について連絡がある。その後、任意で入院しているのかどうかなどが調べられ (報告者注：同意能力ある患者が任意に同意して入院している場合は、収容の手続は不要である)、事前に資料が裁判所に送られるので、必要ありと判断されればヒアリングが行われる。ヒアリングは、裁判官と手続内補佐人が行う (法律上、手続内補佐人の同行が義務づけられている)。事前に詳細な情報が裁判所に送られ、その段階で申立てとして扱える場合もあるが、通常は 1 枚紙の簡単な書式が送られるだけなので、直接訪問してから申立てを受ける場合も多い。そうすると、最初の段階では民事収容とするか公法収容とするかはわからないので、最初のうち

の手続きは共通することになる。ヒアリングの結果、他害のおそれが強ければ公法収容となり、本人保護の必要性が大きければ民事収容となる。長期の入院が必要ない場合は公法収容となることが多いが、実際には、他害のみということは少なく、本人保護の必要がある場合が多いため、全体としては民事収容になることが多い。

### 3 ミュンヘン大学病院精神科での聴取内容——病院の概要・身体拘束の法律関係

ミュンヘン大学病院では、ラトケ医師やリュター医師などにより病院施設の紹介や案内を受けた後、ゼングラー医師により身体拘束・強制治療の法律関係について説明を受けた。

#### (1) 病院の概要について

病院全体に関しては冒頭に記したので、ここでは精神科施設に関する聴取内容を記載する。

精神科本館は 1903 年に建てられた歴史的な建造物である。アルツハイマーが研究した部屋が最上階にあり、現在は、アルツハイマー病の第 1 号患者のカルテのコピーや顕微鏡などが展示されている。病棟は 1983 年に建てられたものである。

精神科病棟は合計 220 床であり、10 病棟（閉鎖病棟 60 床、開放病棟 160 床）がある。患者が加入する医療保険によって病棟が異なっており、高額な保険に加入している患者用の病棟が 2 つある。また、うつ病の病棟、中毒者の病棟、パーソナリティー障害の病棟など疾患別に分かれている。近年はデイケアに重点を置いており、本日（2014 年 9 月 3 日）は、入院患者 225 名、デイケア 56 名である。

精神科の医師数は 60 人である。以前は興奮の強い患者の受け入れを拒否していたが、現在はすべて受け入れている。平均在院日数は 32 日であり、以前は 40 日程度であったが、保健の制約があるため短縮した。しかし、再入院も多い。

#### (2) 拘束・強制治療の法律関係について

ドイツでは、憲法上の要請があり、身体拘束や強制治療は厳格に規制されている。5 つの正当化事由（同意・推定的同意・世話人の同意・緊急避難など）にあたらぬ場合、傷害罪で処罰される可能性がある。本人の同意がない場合は原則として世話人の同意を得る必要がある、身体拘束の必要性があると記載された書面を提出する必要がある。身体拘束の具体的な方法（5 点固定・7 点固定など）についても記載しなければならない。緊急収容の場合でも、同じ患者を定期的に拘束する場合や、24 時間以上拘束する場合には、裁判所の許可が必要となっている。

この場合の考慮すべき法原理としては、法治国原理 *Rechtsstaatprinzip*・比例原則 *Verhältnismäßigkeit*、明確性 *Bestimmtheit*（いつどこでどのように、ということを明らかにする）、時的猶予 *Zeitverfügbarkeit* がある。

収容の法的な種別としては、①刑法に基づくもの（保安処分）、②民法 1906 条に基づくもの、③州法（精神障害者法）によるもの、④州法（収容法）によるもの、の 4 種が存在する。①は一般公衆の保護のみを目的とし、②は本人の保護のみを目的とする。州法によるものは両方の保護の目的を含んでいる。民法による場合には、自傷の危険性や置かれた状況、他の手段がないかなどを記載する必要がある。

公法上の収容に際しては、自傷・他害の両方が考慮されるが、危険性が高い場合には収容できることになる。精神科医が裁判所に患者の状況を報告し、24 時間以内に裁判官が来てヒアリングをし、収容の必要があるか否かを判断する。外来患者ではなく、たとえば車で暴力を振るったり自殺しようとしたり

している場合には、警察が連れてくる場合もある。しかしいずれにせよ法的な手続きが必要であり、それなしに病院に連れてくることはできない。

ドイツでは、健康なうちに患者が自分の意思を残すことができる（Patientenverfügung）が、それによって入院を拒否することはできないとされている。

#### <参考資料>

##### 民法(BGB)

##### 1896 条（(法定後見の) 要件）

(1) 成年者が、精神疾患または身体的・知的・精神的な障害により、私的事項を完全にまたは部分的に処理できない場合には、後見裁判所は、その者の申請または職権により、その者のために世話人を選任する。この申請は、行為無能力者も行うことができる。当該成年者が身体障害によって私的事項を処理できない場合は、世話人は当該成年者の申請がなければ選任されない。ただし、当該成年者が自らの意思を表明できない場合は、この限りでない。

(1a) 成年者の自由意思に反して世話人を選任することはできない。

(2) 成年者に法定代理人がなく、1897 条 3 項に定める者（訳者注：入居施設の関係者等）にあたらぬ代理人その他の援助者によって、当該成年者の私的事項が世話人によるのと同等に処理されうる場合には、世話人は、世話を必要とする職務範囲に関してのみ選任することができる。

(3) 職務範囲には、被世話人の、代理人に対する権利主張をも含めることができる。

(4) 被世話人のテレビ受信取引および郵便物の受領・開披・留置に関する決定は、裁判所の明示的な指示によらなければ、世話人の職務範囲に含めることができない。

##### 1906 条（収容に際しての後見裁判所の許可）

(1) 世話人による、自由剥奪を伴う被世話人の収容は、次の各号のいずれかの理由により被世話人の福祉のために必要な場合に限り許容される。

1 被世話人の精神疾患または知的障害・精神障害によって、自殺し、または自らに重大な健康被害を加える危険性が存すること

2 差し迫った重大な健康被害を回避するために、健康状態の検査、治療、または医療的介入が必要であり、被世話人の収容なしにこれらが実施できず、被世話人が精神疾患または知的障害・精神障害によって収容の必要性を認識できない、またはそのことの認識に従って行動できないこと

(2) 収容は、後見裁判所の許可のある場合にのみ許容される。無許可での収容は、遅延が危険をもたらす場合にのみ許容され、この場合は、遅滞なく許可を事後取得しなければならない。収容の要件が消滅した場合は、世話人は収容を終了させなければならない。世話人は、収容の終了を、後見裁判所に届け出なければならない。

(3) 第 1 項第 2 号の医療措置が被世話人の自然的意思に反する（医療的強制措置の）場合、世話人は次の各号のすべてに該当する場合にのみ同意を与えることができる。

- 1 被世話人が、精神疾患または知的障害・精神障害によって医療措置の必要性を認識できず、またはそのことの認識に従って行動できないこと
- 2 前もって被世話人に医療措置の必要性に関する説得が試みられたこと
- 3 差し迫った重大な健康被害を回避するために、第 1 項による収容の枠内での医療的強制措置が、被世話人の福祉のため必要であること
- 4 重大な健康被害が被世話人に要求可能な他の措置によっては回避できないこと
- 5 医療的強制措置の予期される効用が、予期される侵害に明らかに優越すること

1846 条の規定（訳者注：後見裁判所が後見人のない場合等に決定する旨の規定）は、世話人が義務の履行を妨げられた場合にのみ適用されうる。

(3a) 医療的強制措置への同意には、後見裁判所の許可を要する。要件が消滅した場合は、世話人は医療的強制措置の同意を撤回しなければならない。世話人は、同意の撤回を後見裁判所に届け出なければならない。

(4) 第 1 項および第 2 項の規定は、公共施設、ホームもしくはその他の施設に入所する被世話人が、収容なしに、機械的装置、医薬品、またはその他の方法によって長期間もしくは定期的に自由を奪われる場合に、準用する。

(5) 代理人による収容と、第 3 項および第 4 項に基づく措置に関する代理人の同意は、代理権が書面により授与されており、第 1 項、第 3 項、および第 4 項にいう措置を明示的に含むことを必要とする。その他の点では、第 1 項から第 4 項の規定を準用する。

#### 資料 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 Klinikum 視察報告書

独立行政法人国立病院機構 花巻病院 院長 八木 深

視察日 平成 26 年 9 月 2 日

病院概略 ミュンヘン中央駅から車で東へ約 30 分の郊外田園地帯ハール地区に広がる広大な病院である。ホームページによると、職員 2900 人、病床数 1700 である。ガブリエレ・シュロイニング医師によると、100 年以上の古い歴史があり、35 年前 4000 床あり、ミュンヘン市と 12 の郡を担当していたが、その後、東部の管轄+12 の特殊施設の構成になった。司法病棟以外の一般床を半分にしようとしている。

同意入院割合 80%強が本人の同意に基づく入院で、残り 15-20%が警察緊急と世話人依頼の入院である。年間 1 万 3000 人受け入れ、毎日 8 人は非同意入院がある計算である

#### # 1 共通事例に対する討議

対応者 シュタインボック先生 と オップゲンライン医師

まとめ

ドイツでは、他害の恐れのある場合は州法入院（公法入院）になり、自傷が中心の場合で本人の同意能力が不十分な場合、世話法による民事入院になるのが原則である。しかし、本人が同意しない場合、世話人の申請で裁判所の認可が必要になり、公法入院だけでは、強制治療が不能であり、強制治療が必要ならば、民事入院というやや逆転した運用がされている。ドイツは国が家族の代理をし、医師の独断を許さないように法的枠をつけている。

##### 1) 事例 1・ゴミ屋敷について

結論 世話法の範囲になる。

[世話法は、本人の同意能力がない場合、世話人をつけ支援する法で、居所の決定として、入院や隔離ホームへの入所も含まれ、民事入院言われる]。

ふたつの選択肢がある

選択 1 ゴミを集めるのは自由だが、「この事例は病気にかかっている」「世話人必要」と判断して、裁判所に提案して介入

選択 2 ゴミで福祉での介入後、拒否するなら、衛生局の強制ゴミ撤去もある

精神科が介入する事例かどうかの判断のためには、精神的な病があるか、自分で意思決定できるか、次に世話人の必要性があるか、区裁判所で判断する。

質疑

質問 世話人による強制収容も考えられるか

回答 強制収容も可能である。世話人が裁判所に申し立てて裁判官が決定する。世話人を

指名する前に、他に人物はいないか、家族がいらないか、調べて、裁判所が決定する。

質問 どういう人が世話人になるのか

回答 本人の意見をきく、例えば祖母になってほしいと本人が言って、祖母がいらないなら、友人も考えるなど。誰もいないなら職業世話人をつける。母に暴力を振るうなら母は世話人にふさわしくない。中立的な人を選ぶ。世話人を断るには理由が必要である。職業としての世話人は、弁護士、社会教育学の背景をもつ者など、リストがある。

質問 裁判所への提案は誰が多い？

回答 本人、職権による申し立て、親族、病院関係者、福祉関係者など。民事収容は、病気があり、自傷のリスクがあること、公法収容は、他害のリスクがあることである。隣人は直接は裁判所に申し立てることができない。隣人は、市の保健局に訴え、世話局など市が判断。

・ 3つのルートで裁判所が認知する

①申し立て… 本人、職権

②提案 … 親族や医療関係者、隣人、友人など誰でもできる。

③専門家 … 医師等・専門家の意見 鑑定

病名、意思決定の状態、代替として考えられるものはあるのか？

質問 代替とは何か

回答 例えば、世話人のかわりに、友人でも良いのではないかなど。

鑑定で、本当に世話人が必要かを判断する。独立した立場の鑑定で、居住、健康、財産、郵便物の管理ができるかなど細かく見る。例えば、躁状態では一定額以上は本人には使えないようにする。重度の患者に対しては、そもそも誰も契約の相手にしないだろう。昔は、二者択一であったが、世話法での確化、部分化も可能になった。同意留保という[この同意とは、世話人の同意のこと]。

質問 鑑定するのに収容が必要ではないか。仮収容は多いのか。

回答 収容せずに外来で診断することが多い。自宅に行って鑑定したりもする。

質問 協力的でないと鑑定できないのでは？

回答 緊急に危険が迫っていれば、簡素な診断書で、一時的収容が決定される。2週、4週、6週、3か月まで。仮収容の間にしっかりした鑑定書も作るし、裁判官も会う。その後、入院継続が必要かどうか判断する。民事は、あくまで患者が主体。患者さんのために最善を尽くす。病気でなかったら本人はどう判断するかを考える。一般の人への迷惑は、判断要素としては小さい。予防的措置もある。

事例1の続きだが、ドイツでは病気の治療を病院で行う。24時間いつでも医師がかけつけられる必要があるなら入院になる。入院不要なら退院し、民間のホームに入ったりする。退院決定は、民事入院では医師がする。

質問 医療保険が退院に影響することはあるか

回答 入院が長いとチェックがかかることはある。

質問 同意して入院した患者が、その後、同意能力を失って、退院すると言ったら？

回答 自傷他害のリスクで判断する。世話人をつけることもある。それ以外は、普通なら退院。

## 2) 事例2 家族を恨む例

結論 他害が前面に出ており、収容法の適応になる[収容法は州法。公法入院と呼ばれる]。どういう人が、税金を使って入院しているのかと問われる。本当に必要な人を入院させる。

・平均在院期間…平均 25 日。 1 日から最長 6 か月。1 年以上はない。

・ホームについて。…病院と違うホームがある。多職種の連携が必要である。いろいろな形がある。ナイトホスピタルとかデイホスピタルとか、完全な隔離をするホームもある。

事例 2 は、家族と離ればよいなら、隔離は不要だろう。ホームは、日中職員がいて、夜は患者だけ。認可は州によって違う。

質問 公法の申し立ては誰がする？

回答 郡行政機関で、保健所や警察。公法は自傷他害。民事は自傷。刑法は他害。最も危険性が高い要素は何か。事例 2 は母への暴力である。もしナイフとか突きつけているなら警察が対応する。警察が現認しその場で精神科病院に連れて行く。病院では、翌日の正午までに裁判官を呼ぶ。毎日裁判官が来ることになっている。緊急の場合、なるべく早く接見させる。翌日正午の規定は、バイエルン州だけでなく多くの州でもある。

質問 公法上の入院患者には世話人がいるのか

回答 公法と世話法は違う。しかし、公法→民事の入院ができないかを考える必要がある。

強制医療するために、世話人が必要になることになる。危険には、自傷と他害がある。

自由剥奪しておきながら、強制医療ができないのが法の穴。世話法の改訂で対応した。

本人に意思決定能力がない時には入院が長期化しやすい。早々と退院させる施設もあるが、何かあったら困ると慎重になる。例えば、治療抵抗性の統合失調症と小児性愛があり、3-4 年入院し、最終的には、隔離ホームに移った例がある。入院が長くなり、医療保険が下りなくなり、社会保険に切り替わった。

質問 世話人が本人から恨まれて困ることは？

回答 そういった場合、裁判所に言って、変えてもらう。

質問 世話人には家族になることが多い？

回答 家族と限らない。中立的でも恨まれることがある。世話人は、決定だけでなく、本人と関わって欲しい。

質問 日本では後見人が、医療制度に関する同意ができず、家族の負担が大きい。

回答 ドイツは国が家族の代理をしている。医師の独断を許さないように枠をつけている。

事例 2 について、本人の意思に反して入院し、家族のもとに戻すのは危険と考えられる。アパートのシェアが第一候補だろう。ホームによって、週に 3 回 2 時間ぐらい専門家が訪問するところも、一日 8 時間専門家がいるところもある。

家族から連絡がきたら、まず警察に連絡するよう伝える。警察が仮判断する。患者を説

得して治療にのせる。治療して元に戻るか、家族へのリスクが高いならシェアリング。全てを拒んだら、隔離ホーム。裁判所が決定する。

隔離ホームについては、議論がある。バイエルン州にはあるが、ない州もある。世話法による民事上の収容である。裁判所の決定が必要である。ここで、公法—民事が混じる。例えば、慢性的自傷があり、世話法で隔離ホームに入るのはOKだが、他害を防ぐためにも隔離ホームを使ってしまう。

質問 隔離拘束も裁判所の判断か

回答 収容法によると、緊急の医療的侵襲ができると書いてある。憲法では、それでは不足と言われる。穴がある。世話法で対応する。

## # 2 病棟見学

広大な敷地に独立した病棟が展開している。司法病棟は約 400 床ある。

### 1) kbo Isar-Amper Klinikum 司法病棟 (保安処分) 第 60 病棟

対象者 刑法 63 条保安処分 刑法 64 条禁絶処分以外、81 条、鑑定も受け入れる。57 条後精神疾患あり移送された事例もある。セキュリティは高く、フェンス 5m 以上返・振動・光センサー 有刺鉄線がある。職員は緊急携帯を持ち歩く。入棟時には、金属探知機を通り、差し入れのチェックもする。警備係としては、人質と火災を恐れ、誰が入ったのかチェック必要であり、警備係の許可がないと医師でも入れない。訪問者の名前も記録する。患者がいなくなったら訪問者の名前も警察に報告する。

質問 外泊は？

回答 A ランクではない。D ランクではあり。ここは、A で緩和 Lockerung なし。緩和方法について、法律がある、ゼロ (なし) → A (同伴敷地内) → B (施設内同伴・単独) → C (単独外出) → D (外泊)。施設のミーティングで合意するが、いずれも、検察官の許可を得る必要がある。社会に対して、公共の安全を請け負っているだけでなく、本人に対して、正常な判断をサポートする。

疾患比率 統合失調症が 60%。PD でも段階的緩和は効果的。15 時に戻る予定の患者が 18 時に飲酒して戻ってきたら、逆戻り。

- ・病棟構造 AB ブロックは 64 条禁絶 CD ブロックは 63 条。
- ・部屋 個室・二人床・三人床・保護室の構成 モニター部屋もあり。
- ・保護室…ベッドは固定。抗破壊トイレ。拘束は可能
- ・身体拘束・・・年に 4-5 回。数分から数時間。
- ・最重症統合失調症 … 保護室使用中。世話人通じて CLZ 投薬したが、ここ数週間で悪化。ECT を検討中。
- ・病棟管理・・・最重症も軽症もいると管理が難しい。
- ・部屋構造…大きいサッシ状の窓があり、荒い格子が入っている。

質問 外からの侵入は

回答 赤外線モニターで検知する。また、建物から25メートル先までカメラで捉えられる。上空から投げ込まれたら困るのでフェンスをどうしようかと思っている。

質問 セキュリティ担当者の資格は

回答 通常の警備員になるにも3年間の職業訓練必要。司法病棟では、さらに現場研修必要であり、患者にどう対応するかを学ぶ。刑務執行官が研修を担当するし、何かあると、他施設にも情報提供している。

## 2) kbo Isar- Amper Klinilum 一般受け入れ病棟 56E 視察

概要 入院受け入れ病棟で、BPD、うつなど、病棟振り分けをしている。通常は開放病棟だが、本日は、離院の恐れのある患者がいるので、出入り口を施錠している。入院期間 3日以内から最長6か月。自殺企図で入院して、すぐ退院もあり。疾患は半分以上が統合失調症である。居室は、各室にシャワーあり、個室は1室で2人床が主である。カメラ付き部屋は3室ある。

## 資料 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)

一般財団法人成研会附属汝の宮温泉病院 中元総一郎

標記病院は、ドイツ連邦共和国 バイエルン州にある。州都ミュンヘンから東方にちょうど 100 km の所に位置する。主にバイエルン州南東部、オーストリア国境からミュンヘン市郊外にあるイザールアンパール(Isar-Ampar)病院付近までが医療圏となる。

標記病院の沿革としては、フォングッテンが設計し、1883 年に開設された精神病院である。グッテンはここにクレペリンを呼び、精神医学の基礎を築いていったとされる。

概観としては、風光明媚な丘にたち、全体として一つの村を成している様である。一般精神科病棟の見学を行ったが、居室は広く、居室やデイルームからの屋外の景色は美しく、我々日本の精神科医にとっては流涎すべき環境であった。

午前是一般精神科病棟について見学し、担当のシュミットマイヤー医師とエーベル医師らと懇談を行った。

毎年 10000 人の入院、2000 人の救急患者を受け入れている。

当施設の総床数は約 500 であるが内訳は、一般精神科病棟 (うつ・短期入院用) 120 床、一般社会精神科病棟 125 床、高齢者病棟 110 床、依存症 80 床、司法病棟 180 床となっている。

平均入院期間は、感情障害および知的障害の合併：24.75 日、統合失調症圏：28.96 日、高齢者：24.63 日、認知症・器質性精神障害：14.22 日となっている。

2014 年 9 月 1 日には 126 名の在院患者がおり、そのうち民事入院が 37 名だった。自発的に投薬に同意したのが、117 名、投薬を拒んでいるのが 7 名である。そのうち、5 名がすでに裁判所などから強制的な投薬の許可を得ている。

以前は強制入院になった場合、医療侵襲行為も行えたが、違憲判決が出てしまい、毎回毎回別途の申請が必要。裁判官も違憲判決が出た当初は慎重に審議し、申請から決定までに 4 週間もかかった。今は慣れてきたというが、それでも 1 週間はかかる。

公法の人はずごくまれだ。強制医療侵襲行為は世話人や裁判所の同意が必要であり、また公法の場合は、狩猟免許などへの影響も考えられるため、すぐに民事入院に切り替えることが多い。

民事入院そのものが、中等度の症状では認められない。しかしそのようなケースでも、裁判官も一緒に説得してくれることがある。裁判官が来るとなると、患者の反応が変わり、途端に入院に同意する場合があるという。

ドイツでは近年、医療保険会社の査定が非常に厳しくなり、2 日間の退院の延期でも押し

問答になるという。入院が長期になってくると医療ではなく介護やリハビリの段階ではないのかとされ、支払いが行われなくなる。例えば、投薬が長期間同じであった場合、入院治療不要と判定され、薬代のみの支払いとなる。なお入院している間は、各種療法は一つの治療法として認められ、保険の支払いを受けることが出来る。

入院が長引き保険会社が金を出さなくなると、施設を探さなければならない。

入院は一泊 250 ユーロの費用がかかり、医療保険から支払われるが、隔離施設・ホームの費用は月 3500 ユーロ、シェアリングハウスが、1500 ユーロほどとなるが、全て自己負担となり、本人・家庭で負担しきれない場合のみ、社会保障が出る。

ホームでは、患者 3 人につき一人の職員を雇わなければいけないが、資格の有無は問われない。経験のない、近所の主婦が働きに来るというケースもある。看護師資格の要件としても、精神科の実習はたったの 6 週間しか義務付けられていない。同院は独自に看護師養成施設を持つが、それでも人手不足は否めない。

隔離施設は連邦全体で 1000 施設であるが、そのうち 150 施設がオーバーバイエルンに偏在している。同院近辺は、観光がうまくゆかなくなり、ペンションやホテルをホームに変えた。すると、全国から患者が送り込まれるようになった。それは、同院がそういった重症患者を受け入れねばならないという負担にもつながる。

無論遠い地区から送られてくると、社会復帰の段階で非常に苦慮する。

裁判官、世話人もその地区から来るから派遣される。手のかからない人だと、ホームも手放したがらず、鑑定を行う精神科医も裁判官も世話人も現状でいだろうと、入居を続けるといういい加減な判断をする。結果として、その人の社会復帰は進まないし、必要な人が入れないという悪循環が生じている。

午後は司法病棟の見学を行い、担当のゲルル医師・エーベン医師らと懇談を行った。

当病院では男性のみの病棟となっている。総定員は 200 名であり、9 の病棟があり、最嚴重から開放までである。

患者の入院根拠法令の内訳は、刑法 63 条と 64 条で半々である。

63 条の内訳は、統合失調症 30% 精神発達遅滞 15% 人格障害 15% となり、男性の場合うつ病は非常に少ない。

64 条の内訳は、違法薬物依存 80% アルコール 20% となっている。

乱用薬物内訳は多い順に、オピオイド（メサドン含む）、マリファナ、覚せい剤となっている。特に若い統合失調症の患者には、マリファナと覚せい剤の乱用が多くみられる。また乱用される処方薬としては、ガバペンチン、ブレガバリン、メチルフェニデートとなっている。

罪状としては、20% 傷害、30% 薬物事犯（特に売買）、10% 殺人、15% 性犯、あとは放火、強盗があげられる。

滞在期間は、64 条においては平均 18 か月、63 条においては平均 5 年半となっている。ち

なみに連邦平均が 6.3 年である。長期化の要因として症状診断よりも、罪名で期間は左右される傾向だ。もちろん世論や政治状況によっても左右されることになる。特に殺人と性犯罪で長期化する。他に知的障害が長期化のリスクとなっている。

モラット事件（注：Gustl Mollath が、誤った鑑定結果に基づき不当に 63 条収容されていたのではないかと 2012 年以降マスメディア等で大々的に報道されるようになり、判決や保安処分の正否についての社会的関心が高まった）以降、入院患者数は減っていて、今年初めて収容者数が前年割れした。

職員の内訳としては、医師が約 10 名、心理療法士 9 名（常駐）、ケースワーカー 8 名（常駐）、看護師 130 名となる。看護師は警備の研修を受けているので、別途警備員は置いていない。門に専門の警備員のみ常駐している。

作業療法士 15 名 音楽療法士は他病棟と兼任となる。

一日あたりの看護職員数は、病棟の性格による。開放的なところは、一人二人だが、嚴重なところは日中 4 名となる。有事の際は総動員で 15 名は動けるようにしている。

治療の内容としては、64 条の場合は行動療法、作業療法、個人・グループ療法が用いられている。特に認知行動療法と精神分析をあわせた定型的な治療フォームがあるという。63 条の場合は、一般病棟とほぼ同じとなる。

我々は木工の作業療法を見学した。時期柄、クリスマス用の飾りを作成していたが、本物の工場さながらであった。もちろん給与は支払われる。開放的な病棟に移ると、院内の庭園の整備作業に従事することになる。

尿検査・呼気中アルコールチェックは抜き打ちで行われる。またオピオイド依存に対してメサドン療法も行われる。

司法病棟や物質依存への入院治療の場合、病院から無断で離れることの問題がある。当施設では、嚴重警戒区域からの脱走は、過去 6 年はない。一方、就労・外泊プログラムなどで、病院から無断で離れるのは、年間 10 人程度だという。開放的な処遇の患者は概ね 100 人程度であるので、10 人に 1 人くらいの割合ということであろう。

無断で離れた場合、警察を挙げて捜索することになるが、概ね 3 日以内に、自発的に戻るか、連れ戻されることが多いという。

入院継続や退院の判定に関して説明する。5 年以上入院が続く場合、外部の中立的立場の医師の鑑定が必要と定められている。5 年以下の場合、63 条の場合は一年一回、64 条の場合は半年に一回、報告書を裁判所に提出することになっている（刑法 67e 条も参照）。

上記のモラット事件判決を受けて、近年は治療反応性に重きを置く傾向がある。治療自体が一定の成功を収める可能性があることを前提に治療処遇ということである。具体的には、64 条による処遇になってから、逆に物質乱用がひどくなった、また再犯してしまったケースについてだが、裁判所に治療打ち切りを申し立てることもある。2 / 3 は受理される。64 条治療処遇が打ち切られた場合、残りの刑期を刑務所で過ごすことになる。むろん、3 か月はみてあの手この手を尽くすということである。

退院可能の判定については、病院のスタッフの間で綿密な評価が行われる。社会でのストレスに耐えられるのか否か、住む場所は、仕事は、外来は通えそうなのかといったことを評価する。めったなことがない限り裁判所に受理されないことはない。却下されるのは2～3年に一回であるらしい。

退院後はもれなく行状監督がつく（刑法 67d 第 1、3 項、68 条 2 項）。また、近年は当病院内に専門の外来もできた。入院していた当病院での主治医が経過を診ることができ、再犯の危険を早期に把握し、司法病棟への短期入院の提案を裁判所にすることができるというメリットがある。

最厳重警戒病棟は、さながら刑務所であり、高いフェンスの上には鉄条網があり、随所に監視カメラも設置されている。面会室においても、面会者における携帯電話の持ち込みは禁じられており、また薬物の受け渡しを防ぐために、患者と面会者は仕切られている。一方開放病棟は、一見アパートやグループホームかと思まちながうほどの概観である。1883 年当病院開設当初からの建物も案内された。当初は農家が無職の患者を受け入れて働かせていた所に、専門家が来て病院になったという感慨深いエピソードも紹介された。

考察：

一般精神医療と司法精神医療におけるギャップを強く感じる次第である。片や最長でも 6 週間で、ある程度の精神病症状があっても強制的な治療は行われず、片や年単位の入院期間となっている。罪を犯した者以外は、精神障害者の自己決定権は徹底的に保護されるという思想はドイツ特有のものだろうが、それに加えて医療保険適用の厳格化もあり、一般精神医療が委縮していくことへの懸念を強く感じる。特に一般精神医療の委縮で、保安処分の対象になる事例が増えていくことになりはしないか、今後も推移を注視する必要がある。

我が国では政府主導で精神科病床のさらなる削減が促されている。その際には必ず我が国において精神科病床が突出して多いという、我が国特有の事情が摘示されるわけであるが、実際には医療保険抑制に向けた圧力は世界的に生じていることであり、我が国特有の事情というのはプロパガンダに利用されているだけのようにも思える。

精神病院からの社会復帰に関して、ドイツ連邦においても様々な問題をはらんでおり、単に精神障害者の人権がないがしろにされているという単純な図式ではないことが理解できた。

他国の制度をそのまま輸入するのではなく、他国の実情を知ること、我が国で生じていることの本質を知り、今後を予測するという意味があることを体感した非常に有意義な視察であった。

研究報告書

台湾における精神保健医療制度に関する調査・研究

町野 朔

上智大学名誉教授

平成 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）

研究報告書

精神医療制度に関する法制度の国際比較調査研究

台湾精神医療調査の概要

研究協力者 町野朔（上智大学名誉教授）

**研究要旨：** 日本の精神保健福祉法は 2013 年に大きく改正された。①地域精神医療の充実、②「社会的入院」の解消、③医療保護入院制度の改革が、法改正の目的であった。

改正法はまず、厚生労働大臣が「精神障害者の障害の特性その他の心身の状態に応じた良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」を定めることをこととし（精保 41 条）、これを受けて指針は、病床の機能分化、居宅における精神医療福祉サービスなど、入院医療、地域精神医療について広く規定した。

これまで、精神医療の現場及び厚労省の行政指導によって、①②への努力は行われてきたが、日本の強制入院の大部分を占める医療保護入院制度の改善③がなければ、①②もスムーズに進むことはできない。改正法は、精神科病院の管理者に対して、医療保護入院者の退院後の生活環境に関する相談及び指導を行う「退院後生活環境相談員者」を指名し、「地域援助事業者」（入院者本人や家族からの相談に応じ必要な情報提供等を行う相談支援事業者等）と連携して、退院促進のための体制整備を行う義務を負わせた（精保 33 条の 4～33 条の 6）。

さらに、保護者を精神障害者のケアの第一次的義務者としてきたこれまでの精神衛生法・精神保健法・精神保健福祉法の体制を改め、保護者制度を廃止した。しかし、医療保護入院そのものは存置され、保護者の同意に代わって「その〔精神障害者の〕家族のうちのいずれか者の同意」を要件とすることに改められた（精保 33 条 1 項）。しかし、この改正に対しては様々な方面から批判があり、医療保護入院制度の見直しは「施行後 3 年を目途とした見直し」（精保改正附則 8 条）の重要事項である。

台湾の「精神衛生法」は 1990 年に成立したが、そのときから強制入院としては日本の措置入院に相当するものしかなく、医療保護入院に該当するものはなかった。2007 年の改正法でもこのような体制は維持されるとともに、新に「地域社会における強制治療」（強制地域医療）が導入され、強制入院、強制地域医療の審査機関として「審査会」が設置された。

このような、台湾法の動向及び運用は、日本の精神保健福祉法の改正についても大きな参考になるものと思われる。

#### A. 研究目的

2007 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、精神医療における精神障害者の家族の役割、精神障害者の人権の保護などを調査し、日