

特集 非自発的入院制度をめぐる——医療保護入院を中心に——

フランスにおける成人の精神科治療システムと法律
——非自発的入院についての臨床的考察と提言——大島 一成^{1,3)}, 阿部 又一郎²⁾

本邦の非自発的入院, とくに医療保護入院の問題点を考えるための対比, 参照としてフランスの精神科治療システムと入院治療と人権擁護に関する法律を紹介した. フランスでは Esquirol がその制定に貢献した 1838 年法が非自発的入院である同意入院と措置入院の 2 つの入院形式を, 同時に入院中の患者の人権についても規定し, 約 150 年間この法に基づき精神科医療が行われてきた. 1960 年代に人口 7 万の地域のあらゆる精神科疾患の患者を 1 つの治療施設でみていくという治療の継続性を重視したセクトリザシオン (sectorisation) が導入され, 1986 年に 12 の新しい治療構造が定義され, 院外治療施設が充実し, 自由入院 (Hospitalisation libre) 中心の患者の主体性を重視した治療が展開された. この動きのなかで 1990 年法により非自発的入院として新たに「第三者の申請による入院」(Hospitalisation sur demande d'un tiers) と措置入院 (Hospitalisation d'office) という入院形態が規定された. これらは本邦の医療保護入院と措置入院に相当する. 2011 年にさらに法改正があり, 入院の呼称もかわり, 24 時間, 72 時間, 15 日とごく早期に非自発的入院の妥当性を監査する入院システムが導入され, 非自発的入院の継続に際して司法側からの判断が重視されるようになった. 治療的観点, 人権擁護の観点から, 本邦の医療保護入院の妥当性のチェック機構に関して, 入院から監査までの時間, 精神医療審査会の第三者機関としての機能の向上に関して提言を行い, さらに医療保護入院の前提となる保護者制度の問題点を現代の契約治療における患者の主体性の視点から考察した.

<索引用語: 医療保護入院, 第三者の申請による精神科治療, 保護者制度, 精神医療審査会, 患者の主体性>

1. はじめに

精神科臨床において非自発的入院 (同意なき入院) は, 治療の必要性・緊急性のみならず, 患者と周囲の危険の回避の観点から様々な状態・状況で必要となる. 非自発的入院の際は患者の権利と保護への最大限の配慮が必須であるが, 治療的観点を抜きに権利を突き詰めて考えると, 強制入院は基本的に人権を侵害しているゆえに好ましくないという法律家の側からの急進化 (radicalization) に至る危険がある. 治療的な側面からは,

非自発的入院は当初は患者に治療を課すわけであるが, 入院の初期は治療関係が形成されていく重要な時期であり, 担当医や看護スタッフとの関わりを通したクリティカルな時期を経た後に, 治療契約, 患者の主体性を引き出すことが可能となる^{10,11)}. このように非自発的入院は, 治療と人権擁護という 2 つの側面から検討する必要がある^{10,11,13)}.

フランスでは, 精神科入院患者の人権保護に関する規定に関して Esquirol によって作成された

著者所属: 1) 大宮厚生病院

2) Association de Santé Mentale 13 de Paris

3) 東京医科歯科大学精神行動医科学

1838年法 (La loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838) が1990年の改定まで現行法として活用されてきたという独自の長い歴史・伝統がある^{2,4,7,13)}。1838年法に関して太田が詳しく紹介しているが Pinel を経て Esquirol によって成文化されたこの法律を、精神障害者の施設への「閉じ込めの発端」とみなすか、「障害者の人権保障に関する記念碑的所産」とみるかは、その評価は識者の間でも意見が分かれる¹³⁾。2011年には、非自発的入院の法律に関して1990年以来となる再改正が行われ⁹⁾、精神科入院治療に関する法と精神科医療システムおよび患者の自由、人権を巡って再び議論がわきおこっている^{4,10)}。本稿では諸外国の治療システムと入院治療に関する法律、とくにフランスのそれを紹介し、治療と人権擁護の観点から、本邦の非自発的入院制度、とくに医療保護入院の問題点について検討する。

2. 障害者の権利

「障害者の権利に関する条約」に我が国は2007年9月28日に署名し、現在その批准にむけて国内法の整備・改正が進められているが、第19条として「自立した生活及び地域社会に受け入れられること」として「すべての障害者が他の者と平等の選択の機会をもって地域社会で生活する平等の権利を認めるものとし、障害者が、この権利を完全に享受し、並びに地域社会に完全に受け入れられ、及び参加することを容易にするための効果的かつ適当な措置をとる」とされている¹⁶⁾。この措置の1つとして、障害者の居住地選択の自由と特定の居住施設で生活する義務を負わないことが挙げられ、さらに地域社会における生活および地域社会への受入れの支援、ならびに地域社会からの孤立および隔離を防止するために必要な在宅サービス、居住サービスなどを障害者が利用することができることがあげられている。長期的な非自発的入院は、障害者の居住地選択および地域生活で生活する権利に反しており、非自発的入院が根拠をもつのは、医学的な入院治療の必要性和緊急性であり、患者が病状から治療の必要性を理解で

きないときに限られる。

3. 海外における非自発的入院の現状

2011年に我が国で報告された中根、伊藤らの、「海外における入院治療に関する多国間比較研究調査」では、英国、フィンランド、フランス、イタリア、オランダ、オーストリア、韓国の非自発的入院に関する法律を比較し、以上すべての国で非自発的入院制度が存在することを示している⁵⁾。上記7カ国の非自発的入院を比較してみると、①精神疾患の存在、②入院治療の必要性、③患者が治療を拒否、④精神科医の判断、などがほぼ共通した要件として挙げられる。一方、上記の国のなかで保護者制度が存在するのは、英国、フランス、オランダ、韓国、オーストラリアであるとされている⁵⁾。ところでフランスでは保護者制度は存在すると報告されているが、実際は入院治療に関しては保護者の規定はなく、「第三者の申請による入院」(*Hospitalisation sur demande d'un tiers ; HDT*)で、入院を申請するのは第三者であり家族である必要はなく、申請行為以外なら義務を負わない。一方患者の権利擁護に関しては1968年の後見 (*Tutelle*)、保佐 (*Curatelle*) に関する法律があり、後見、保佐は財産・住居などについて患者を保護する機能を担っているが、入院治療の同意、治療を受けさせる義務に関しては規定されていない。

上記の7カ国において、非自発的入院の「申請者」の規定に関して比較してみると、申請者は保護者に限定される場合から、第三者と規定され誰でも申請できる場合もあり様々であることがわかる。また入院を命じるのは国・県あるいは公立病院の場合がほとんどである。さらに非自発的入院の期間は法によってあらかじめ定められている場合がほとんどである。

Salize, Dressing らの国際比較調査¹⁴⁾をレビューした伊藤の報告によると、ヨーロッパ諸国における全精神科入院件数中の非自発的入院の割合は対患者で3.2%から30%で平均値は13.6%である⁵⁾。人口10万人あたりでは6人から218人

表1 パリ 13 区公立セクターにおける年間精神科入院患者件数の推移 (文献1) より改変)

13 区セクターにおける年間非同意型 (HO, HDT) 入院患者数											
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
HO	96	76	91	70	63	67	41	60	79	54	43
HDT	217	232	248	264	269	245	277	291	236	232	262
Total	313	308	339	334	332	312	318	351	315	286	305
平均在院日数 (日)		60.69	59.69	59.02	58.39	64.47	54.6	57.16	56.58	60.9	56.68

13 区セクターにおける年間同意型 (HL) 入院患者数											
	1989	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
HL	455	567	533	—	686	568	588	556	676	632	617
平均在院日数 (日)	35.9	25.5	28.3	—	23.6	25.2	26	24.7	23.3	22.7	23.3

パリ 13 区人口：平均約 190,000 人

と幅がある。また非自発的入院の法によって定められた入院期間は 7 日から 2 年である。そのなかでフランスは、1999 年のデータにて年間入院件数が 61,063 件、全精神科入院件数における非自発的入院の割合が 12.5%、人口 10 万人あたりで 11 人と報告されている¹⁴⁾。それより最近の、本国で発表されたデータによれば、2007 年度の年間の非自発的入院件数は 72,598 件、そのうち「第三者の申請による入院 (HDT)」の割合は 84% (61,019) 件と報告されている⁸⁾。

表 1 は、筆者のひとりが研修していたパリ 13 区の公立セクター精神科病院の 2007 年報告書に基づいた非自発的入院 (同意なき入院)、自由入院 (*Hospitalisation libre*) の入院患者件数の年間推移である (表 1)¹⁾。平均人口 19 万人のパリの一地区で、2008 年における自由入院件数は 617 件であるのに対し非自発的入院総数は 305 件で、そのうち HDT は 262 件 (86%) と報告されている。自由入院、非自発的入院 (第三者の申請による入院 HDT、措置入院 HO) の比率は、我が国と同様にフランス国内においても地域によってかなりばらつきがあるのが実情である。

4. フランスの精神医療に関する法律

フランスの精神医療を規定する法律は、次のよ

うに①入院を規定する法律、②治療システムに関する法律、③患者の権利の擁護に関する法律に分けて考えることができる¹⁷⁾。

1) 精神科の入院に関する法律

1838 年法 (La loi du 30 juin 1838)、1990 年法 (La loi du 27 juin 1990)、2011 年法 (La loi du 5 juillet 2011) の 3 段階を経て変遷してきており、2011 年法が現行法である。

2) 治療システムに関する法律

1960 年の通達に始まり、1985 年法 (La loi du 25 juillet 1985) によりセクター医療が法制化された。さらに 1986 年の政令 (Le décret du 14 mars 1986) によって 12 の治療構造がカテゴリー化され、現代の地域医療はこの治療構造を用いて実践されている。

3) 患者の権利擁護

1838 年法で入院中の患者の人権擁護に関して規定され、それを踏まえ 1990 年法でより関係諸機関との連絡や県審査会への不服申請など明確に規定され、2011 年法では非自発的入院の妥当性を検証するための、チェック機構、司法の関与が徹底された。

表2 1986年政令で分類された12の治療看護構造
les structures des soins

■非住居型治療構造

1. 医学心理センター Centre médico-psychologique (CMP)
2. 常時受け入れセンター Centre d'accueil permanent
3. デイケア Hôpital de jour
4. 治療のアトリエ Ateliers thérapeutiques
5. 部分的治療的受け入れセンター Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
6. 自宅入院施設 Service d'hospitalisation à domicile

■住居型治療構造

1. 入院ユニット Unités d'hospitalisation à temps complet
2. 危機入院センター Centres de crise
3. 夜間入院 Hôpital de nuit
4. 治療的アパート Appartements thérapeutiques
5. 治療後受け入れセンター Centre de post-cure
6. 治療的里親制度 Placements familiaux thérapeutiques

また、患者の権利擁護に関しては、1968年の後見、保佐に関する法律が財産管理と市民権の問題を規定している。後見、保佐は財産・住居などの面で患者を保護する機能を担っている一方、入院治療に関しては規定されておらず、1968年法では、治療形態と保護体制が互いに独立したものであることを明記しているのが特徴である^{13,17)}。

より最近の2005年法「障害者の権利と機会の平等、参加、市民権に関する法」(La loi du 11 février 2005 : Loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et citoyenneté des personnes handicapées)では、障害者の学校・仕事・社会への参加する権利と平等および、それを実現するための施設の配置が明記され³⁾、患者の回復の主體的な側面がより一層重視されるようになった。

以上の変遷を踏まえ、1990年法から2011年法での入院形態、とくに非自発的入院について概略を述べ、また1985年法と1986年の通達にもとづく現代のセクター医療について紹介する。

5. 1838年法から1990年法へ

これまで紹介されたように、1990年法以前はエスキロールがその制定に貢献した1838年法(La loi du 30 juin 1838)、精神病患者に関する法(La loi sur les aliénés)にもとづき約150年間入院治療が行われてきた^{2,4,13)}。1838年法では同意入院(Placement volontaire)と措置入院(Placement d'office)の2つの入院が規定されていた。同意入院は患者の任意ではなく“周囲”の任意で申請される入院形態である。「病識がなく自発的な治療を拒否する患者」を対象としている。措置入院は「公共の秩序と安全を脅かす危険な患者」を対象としている。1838年法は入院の様式だけでなく、入院中の人権保護に関する規定が多く、フランスの精神科医療に関わる法律の骨格を形成していた。1838年法に関して施設精神療法の草分けの精神科医であるJ. Aymeはこう主張する^{2,13)}。「個人の自由の擁護と社会防衛という精神医療の基本的な2つの命題のバランスが保たれていた。行政と司法がそれぞれ厳密な境界を定めながら、人権侵害を二重に防いできた。三権分立を重んじるフランス法において司法を行政の上に位置させている特徴がある。」

6. セクトリザシオン (sectorisation) と 1990年法

フランスのセクター医療 (sectorisation) とはWHOが病床と治療施設と人口比の理想的な割合から算出した人口約7万の地区のセクターで、同じ治療施設・治療チームがあらゆる患者に、早期発見、院外治療、入院治療、入院後のフォローなど治療の継続を保証する治療システムで上記に紹介したように1986年に法的に整備された。セクター医療の治療構造には表2に示すようなものがある^{12,18)}。このように、1つのセクターには外来を中心とした多目的機能を持つCMPを中心としていくつかの上記の複数の治療構造・治療チームを持つことが義務付けられ、患者の治療経過の諸相に対応できるようになっている。

1990年法はこれらを背景に施行され、「精神障

害によって入院した人の権利と保護、そして入院の条件に関する法」と称する。同意なく入院した患者の権利・個人の自由の行使に関して以下のことが保障されている。関係諸機関との連絡、精神科入院に関する県審査会、医師あるいは弁護士の助言を得ること、通信の自由、院内の規則に関して照会し説明を受けること、選挙権、宗教的・哲学的活動に参加すること、などである。

1990年法では、精神科入院に関して①自由入院 (*Hospitalisation libre*: HL) と非自発的入院である②第三者の申請による入院 (*Hospitalisation sur demande d'un tiers*: HDT), ③措置入院 (*Hospitalisation d'office*: HO) の3つの入院形態が新たに規定された。① HL は、他科の病院と同じ普通の入院で、治療の必要性があるとき、患者と主治医の間の契約で入院が決まり、入院治療における患者の主体性が重視される。また医学的意見に反しても、患者が退院を決定できる自由が保障される。② HDT は、入院治療・持続的観察が必要だが患者の同意が得られない場合で、第三者(入院する病院関係者や利害関係者は除く)の入院申請書面と2名の医師(1名は外部医療機関)の詳細な診断書が必要で、病院長が入院を決定する。第三者は家族である必要はなく、たとえば日本人旅行者や留学生が滞在中に精神科入院治療が緊急に必要となった場合、大使館職員や同僚のほか添乗員、通訳らが第三者の申請をすることも可能である¹³⁾。第三者は入院を申請するだけで、精神保健福祉法の保護者のように治療継続協力と財産上の保護の規定はない。患者の健康に切迫した危険がある場合、病院の1名の医師の診断書で入院可能である。24時間後、15日後、毎月、試験退院、退院の診断書が必要。③ HO は、精神障害により公共の秩序や公衆の安全を脅かす場合で、入院する病院以外の1名の医師の詳細な診断書が必要で入院は県当局が決定する。入後の病状報告診断書はHDT同様である。先に挙げた13区セクターにおける入院件数データに示されるとおり(表1)、セクター医療のなかでも自由入院のしめる割合は年々高くなっている¹⁾。

7. セクトリザシオンと1990年法における治療

ここで、HL, HDT が実際にどのように運用されて患者が治療されているか症例を提示する必要があるだろう。最初の症例は、病的徘徊ののち精神科救急を受診し、はじめ自由入院の適応とされて入院したが、入院中に病状からHDTと変更された症例である。なお、守秘義務の観点から、経過内容の意味が変わらない限りで記載に修正を加えている。

症例は地方出身の27歳のフランス人男性で、3人同胞第2子。アルバイトをしながら大学の芸術系の修士課程に在籍中であった。同年代の恋人と数年前から同棲していた。学生時代から「創造性を高めるために」と大麻、コカインなど違法薬物の吸引を常習していた。24歳時、薬物関連性の精神運動興奮を呈してHDT入院歴がある。退院後、居住地区のCMPでの外来通院と服薬持続を促されていたが、通院は不規則であった。今回、再燃前の状況として、夏のバカンスあけから定職に就くことが決まりプレッシャーを感じていたという。バカンス後のある週末、外出したまま家に帰らず一晩中パリ市内を徘徊し、翌日に怪我をして憔悴した姿で帰ってきた。本人の異常行動を心配した同棲相手と友人に付き添われ、パリの精神科救急センター(Centre psychiatrique d'orientation et d'accueil: CPOA)を夜間受診した。救急受診時の現症は、疲労感と心氣的訴えが主訴であり軽度の不安・困惑状態であった。依存性物質に関連した精神病症状が疑われながらも疎通は保たれ、接触性も悪くなかった。入院同意能力ありと判断され、住所地を管轄する13区セクターでの自由入院(HL)の適応とされ、本人も同意した。深夜病院まで搬送されて自由入院(HL)となった。入院後、服薬が再開されたが緊張、不眠が持続して内的不穏がうかがわれ、急にシャドウボクシングを始めたりと奇妙で唐突な行為がみられた。また患者仲間から渡された大麻吸引を続けていたようであった。入院6日後の就寝前、喫煙後にナースセンターの前で突如「悪魔が俺の中に入ってきている」と大声をあげて精神

運動興奮を呈し、制止しようとした看護者に対して暴力行為がみられた。鎮静の注射後も興奮がおさまらず、警察通報にて警察官が介入して行動抑制した。急変時プロトコールに従い、夜間の精神科責任医師が緊急連絡を受けて診察を行い HDT 適応と判断された。ところがこの際、連絡を受けた同棲相手は恋人の状態の急変が理解できず HDT の第三者同意申請を拒否した。そのため、医師から実家の両親に連絡し、電話による説明と同意、のちに Fax にて申請書を送ってもらうことで HDT が成立し非同意入院を管轄する閉鎖ユニットを持つ病院に転院となった。もしもこのとき第三者がみつからず、入院申請がなされなかった場合には 72 時間限定の応急入院 (*Hospitalisation Imminent Péril*) の適応と判断されたであろう。

この症例のように、最終的にたとえ HDT が必要な病態であったとしても、最初に治療契約が可能であればできる限り自由入院で治療を開始するのがスタンダードなやり方である。ちなみに 13 区のセクターの入院ユニットの 1 つ Polyclinique は 40 床で 100 % 自由入院であり、HDT、HO の場合は別の専門入院ユニットで受け入れている。

次に非自発的入院の症例をセクター医療の治療構造を使ってどう治療していくのかを示す。L 嬢 48 歳。結婚し 1 子をもうけ 30 代でまで仕事をしていたが続かず。幻聴・被害妄想で発症。家で夫に対して刃物を持ち出し警察に通報され保護され、公共の秩序を乱し、他害のおそれがあるため、警察の申請で医師の診察のうえ措置入院 HO となる。元来性格の偏りがあったが、発症後は性格変化が著明となり、夫とは離婚し一人娘は現在成人している。病識乏しく服薬中断し、再入院を反復し 15 回ほどの入院歴がある。街を徘徊し保護され精神科救急センター CPOA で診察を受け、家族の申請で HDT で入院となったこともあるが、現在は娘は患者と会いたがらず、HDT が困難となっている。この症例に対して治療的アパート (*Appartement thérapeutique*) という住居を設定し、訪問看護 (*Visite à domicile*) を行い、一

過性の病状悪化の場合、24 時間アクセスでき最大 2 週間の入院の可能な危機受け入れセンター (*Centre d'accueil et de Crise*) を利用できる枠組みをつくり治療的アプローチを試みた。その結果、自分の意志で短期入院などの治療の選択肢を決められるようになり、自由入院 HL が可能となった。結果的にこの症例は自分の意志で田舎の療養施設 (*Maison de repos*) へ行くこと決め、別のセクターで治療を継続することになった。

この症例では病態の重症度に関わらず、その患者に見合った外来治療中心の強固な治療的枠組みを設定することによって、患者もその枠組みを理解し、自由入院 HL で入院できるようになった。その結果としてそのセクターから離れることを自己決定できた。

8. 2011 年法 (*La loi du 5 juillet 2011*)

ここ数年フランスの政治体制は、移民規制政策に象徴されるように規制的な方向に向かってきた。病院の看護スタッフが通院を中断していた患者に殺害された 2004 年の事件、離院した患者に通行人の学生が刺殺された 2008 年の事件を契機として公共の安全を重視し法改正の動きが高まった⁹⁾。当初、社会防衛に重点が置かれている印象があったため、各地の精神科医は強く反発し、最終的には、医療と司法の双方からのチェックシステムが盛り込まれ、患者の人権に配慮した 2011 年法 (*La loi du 5 juillet 2011*) が完成した⁹⁾。

特筆すべきは、従来の HO、HDT のコンセプトが以下のように変更されたことである。

1) 国の代理の決定による精神科治療 (*Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état : SPDRE*)

措置入院 (*Hospitalisation d'office : HO*) が、国の代理の決定による精神科治療 (*Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'état : SPDRE*) に変わった。これは県の決定による非自発的精神科治療であるが、課されるのは入院だけではなくどのような治療かが選択される。

2011年法によると、SPDREはHO同様公共の秩序や公衆の安全を脅かす場合で診断書と知事の命令で入院が行われるが、入院後は以下のように入院治療の要否を頻回に判断することが課せられる。同意なき入院はHospitalisation complète (HC) という名称で一括された。入院治療は以下のプロセスを伴っている。

- ①入院24時間後の診断書(治療・看護と観察)でSPDREが適切か判断。
- ②72時間後の診断書で入院治療 Hospitalisation complète (HC) か代替治療などの枠組みと治療・看護計画を提案。
- ③入院HCに対する「自由と拘留に関する判事」Juge des libertés et de la détention (JLD) の監査が15日以内に行われ入院が適切か判断する。6カ月ごと入院が適切か判断する。
- ④仮退院が廃止された。担当精神科医が入院HCの終了を考慮するとき、院長は主治医・施設の他の精神科医・治療チームのメンバーらを招集し、この合議体が県に対して意見を述べる。JLDがこの意見をもとに審査を行う。
- ⑤県と精神科医の意見が合わないときは精神科医の第2の意見書を提出する。またJLDの決定権が優先される。
- ⑥退院の判断をより慎重・厳密にすると同時に患者の権利も強化され、患者はその権利を知らされる。関係者の判断に際しては患者の観察の情報収集が必須である。短期間の外出の促進、管理者に年間報告を提出、などが明記されている。
- ⑦精神科治療を行う公的病院を明示し、入院治療以外の代替治療ツールを持つ必要がある。

2) 第三者の申請による精神科治療 (Soins psychiatrique sur demande d'un tiers : SPDT)

第三者の申請による入院 (Hospitalisation sur demande d'un tiers : HDT) は、第三者の申請による精神科治療 (Soins psychiatrique sur demande d'un tiers : SPDT) に変わった。

- ① SPDTもHDT同様に第三者の申請にもとづ

き2名の医師の診断書によって入院が決まる。24時間以内に身体面での診察が行われる。72時間後に24時間の診断書を書いた医師あるいは受け入れ病院の精神科医の診察が行われ、非自発的入院治療 HC・緊急治療 soins ambulatoires・自由入院・退院かが判断される。

- ②入院15日前に患者の聴取が行われ、JLDは患者の入院不服申し立てが有効か24時間以内に判断する。
- ③SPDTの入院治療が適切かの判断の時期が24時間、72時間、5~8日、10日、15日、毎月なされ精神科医の診断書を提出するが、6カ月と1年ではJLDの決定権が優先される。

2011年法では、入院 (hospitalisation) から精神科治療 (soins psychiatrique) と用語が変わったように、入院だけでなくどういう治療プロトコルが必要かという医学的判断が求められる。非自発的入院 (同意なき入院) がつづく場合は、その入院が妥当かどうか頻回に判断することが課せられる。また非自発的入院の妥当性に対する司法的判断が導入されたことが特徴である。自由入院 (Hospitalisation libre : HL) は1990年法と同様である。

今回の法改正は、患者の人権擁護の観点からはJLDという第三者機能を創出し、司法の面からより人権に配慮している点、非自発的入院以外の代替治療プログラムが法レベルで主治医の治療的選択に入ってきている点で評価すべきであろう。その一方、セクター医療従事者の現場からは、病院スタッフ人員が削減されている公立病院医療改革のなかで、病棟医の臨床業務が診断書と入院書類作成ばかりになるという声も出ている。なお、2012年2月22日にフランス議会 Assemblée Nationale にて発表された報告書 No 4402によると、今回の2011年法施行後半年でJLDが実際に取り扱った事例は30,181件で、想定されていたJLD年間取り扱い件数(65,000)にほぼ沿っており、またそのJLD決定の内訳は治療継続が82.3%、4.5%が入院解除命令、2.2%が要専門鑑定、11%が訴訟審理手続き決定 décisions de

procédure となっていた。行政と司法のバランスが変わることにもなる法改正の意義については今後の報告が待たれる。

9. 提 言

本邦の非自発的入院の対比として、フランスの精神科治療システムとくに2011年の入院形態と人権の擁護に関する法律について概観した。これをもとに精神保健福祉法の医療保護入院の問題点、とくに保護者と人権擁護について考えてみたい。

1) 精神保健福祉法における保護者選任様式の形骸化

治療の必要性があるが患者が入院に同意できない場合の非自発的入院であるフランスのSPDTは本邦の医療保護入院に相当する。フランスのSPDTで入院を申請するのは第三者であり家族のことが多いが、利害関係者および入院する病院関係者でなければ誰でも可能であるが、義務規定はない。また財産上・生活面での保護に関しては前述のように後見・保佐制度があり、申請書・診断書と関係者と本人の面接から裁判所が審査するが、その過程は厳密である。また入院中の保護と後見・保佐による財産・生活面での保護を分けている。

これに対して本邦の医療保護入院は保護者の同意が必要である。「保護者」は「精神障害者に必要な医療を受けさせ、財産上の保護を行うなど、患者の生活行動一般における保護の任にあたるために、もうけられた制度で、患者の医療保護を十分に行おうという要請と、患者の人権を十分に尊重しようとする要請との間にある」⁵⁾とされる。家庭裁判所に診断名だけの診断書と関係書類を提出すれば裁判所で患者本人との面接はなくとも容易に選任が可能であり、その選任様式は形骸化されている。初回の医療保護入院ののち一度の見直しも患者の聴取なく続くことが多く、精神障害を一律に固定的なものとみなし、患者の回復という視点も欠いている。

2) 保護者の役割のはらむ問題

精神保健福祉法の保護者の項で「治療を受けさせること」「診断が正しく行われるよう医師に協力すること」「医療を受けさせるにあたって医師の指示に従うこと」「医療保護入院の同意をすることができること」などの役割が規定されているが、これらのはらむ問題点を考えてみる。まず、治療を受けさせるという役割は、患者と医師との治療契約と対極に位置し、患者が病気・治療について知り、治療法を選び、契約するという患者の主体性を育まない構造を内包している。

保護者は「医療保護入院の同意をする」「退院請求ができる」という点で、患者の人権擁護の機能も持っているといえるが、精神障害であるがゆえに保護者がかわりに同意するという、本邦の精神科医療における特徴的な家族の在り方を継承している。こうした保護者の治療を受けさせるために努力するという義務規定は、家族にとって過大な負担となっているのが実情である。したがって、今後の非自発的入院制度改革では、保護者制度の入院における保護者の同意という役割を軽減するために、患者の非自発的入院の妥当性を検証し、人権擁護に関するチェック機構を充実させる必要があるだろう。

最終的に現在の保護者制度が廃止された場合、退院後の治療の継続性を保証するには、現実には訪問看護やアウトリーチが必要になってくるだろう。それがうまくいくためには保護者と病院との契約というパターンな入院治療から、患者と治療者との契約による治療に変わっていくことが前提となっている。

3) 精神科医療における責任化

伊藤らの報告にもあるとおり⁵⁾、いくつかの国では保護者という概念は存在するが、義務規定まで明記している国は少ない。家族が責任を引き受けざるを得ないという責任性が、精神障害者のstigmatizationをかえって助長し、治療阻害要因となっているのではないだろうか。

パパダコス⁶⁾は精神科治療において、患者に主体

的な責任の感情を喚起することが重要であるとし、責任化 (responsibilisation) という術語を提案している。加藤はパパダコスを引用しながら、現在の日本の精神医療は精神科患者に対する過剰な「障害化」と「脱主体化」に進んでいると批判し、治療者の患者の自由を尊重する姿勢は患者をひとりの人間として承認し主体性を引き出すことになり、それが治療促進的に働くと指摘している⁶⁾。

治療を受けさせるという保護者の役割は治療阻害因子となっている可能性がある。

4) 非自発的入院の妥当性のチェック機構の問題

ところで非自発的入院が妥当であるか、それを見直す機会として、定期病状報告がある。定期病状報告の審査は医療保護入院と措置入院とも、精神医療審査会で行っている。定期病状報告の問題点をフランスのシステムを参照して考えてみたい。

非自発的入院の見直しの時期が日仏では著しく異なる。フランスの2011年法の「第三者の申請にもとづく精神科治療看護」(SPDT)では24時間、3日、15日、1カ月ごとに入院治療の必要性の妥当性が検討され、自由入院・外来救急治療など他の治療プログラムに変更できないか検討され治療的次元の判断が入ってくる。そのつど診断書が必要である。また入院15日目まで入院継続が必要か「自由と拘留に関する判事」JLDの監査がはいる^{4,9)}。

精神保健福祉法において定期病状報告の提出時期は措置入院の場合6カ月後から3カ月後に変更となったが、医療保護入院の場合、定期病状報告は入院1年後に提出する規定のままである¹⁵⁾。1年後の治療継続の見直しというのは、患者の病状を一律に固定的とみなす点、それまで第三者の監査が入らず人権擁護の点からもあまりにも長すぎると言わざるを得ない。この頻度が医療者側の意欲をそいでいるのではないか？ 治療抵抗性の重症症例、陰性症状が著明で治療の必要性が理解できぬため、長期間医療保護入院を余儀なくされている症例は確かに存在する。こういった重症症例

には医療保護入院の1年後の見直しという期間は適切である。しかし保護者の同意を担保に同意なき入院治療を1年間行う、という状況が本当に難治のケースなのか治療の行き詰まりなのか評価しなければならない。さらに、急性期の症例に関しては、入院後2週、1カ月後などのより早期の適切な時期での入院治療の見直しが必須であろう。

法律により診断書の提出が義務づけられ第三者機関により審査されるというチェック機構は単なる外部要因ではなく治療の上部構造を規定し、内的な治療構造(治療関係)と深く関わってくる。フランスのシステムは、入院の妥当性の検討がごく早期に始まり、入院15日には司法(JLD)の監査が入る。その見直しの期間・頻度は、早期の方針の決定と修正を要請する。

これらフランスに代表される早期に入院治療を評価するシステムは本邦にも取り入れる価値がある。

5) 精神医療審査会の今後の役割

精神医療審査会は精神保健法の施行により導入された制度で医療保護入院の診断書、定期病状報告、不適切な処遇、退院請求を審査する重要な機能を担っている¹⁵⁾。都道府県、政令都市の精神保健センターの任命による精神障害者の医療に関して学識経験を有するもの(精神保健指定医)、法律に関して学識経験を有する者、その他の学識経験を有する者らの審査委員からなる合議体で行政側から任命されているが、第三者機関のチェック機構である。精神医療審査会と国際人権B規約との関係に関して、「審査会は都道府県知事(指定都市の市長)のもとにおかれる行政組織であることから、規約のCourtに該当するかどうかの問題となる」¹⁵⁾。この点については定期病状報告と退院等の請求の全件を審査し、審査会の審査結果に基づいて都道府県知事(指定都市の市長)は退院命令等の措置を取らなければならないことから、「独立した審査が担保されており、独立した第三者機関とすることができる」と精神保健福祉法詳解三訂では論じられている¹⁵⁾。精神医療審査

会は複数の専門家の合議体であり、審査の独立性を保つために第三者機関であることが肝要で、それゆえ人権擁護について審査する権限を与えられているのである。

全国レベルの精神医療審査会会長会議が年1回開催されているが、その定例の審査会は各合議体ごとに月1回開催され、1つの合議体で膨大な数の書類を毎月審査するうえに、退院請求と医療保護入院の妥当性の審査を迅速に行うことを求められているのが現状である。

機能を安定させるためにはまず都道府県（指定都市）ごとの合議体の数を増やすことが必要である。第三者機関として独立した判断をするため、精神医療をよく理解した、精神障害者の人権擁護に関心のある学識経験のある審査委員の積極的な参入および提言が求められ、将来的には専任の人材を配置する必要があるであろう。

謝 辞

本稿の発表および報告にあたり貴重な助言および資料を提供していただいた、Association de Santé Mentale 13 de ParisのDr. Bernard Odier, パリ邦人医療相談室の太田博昭氏、東京医科歯科大学大学院精神行動医学分野の上里彰仁氏、大宮厚生病院の将田耕作氏の諸氏に深謝する。

文 献

- 1) ASM13: Rapport d'activités du département de psychiatrie générale, Année, 2007
- 2) Ayme, J.: Le devenir de la loi du 30 juin 1838 : rénovation ou innovation? L'Information Psychiatrique, 62 (7) ; 823, 1986
- 3) Giraud-Baro, E., Duprez, M.: Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. EMC, Psychiatrie, 37-901-A-20, 2009
- 4) Godfryd, M.: Réforme des soins psychiatriques: les points clés. Santé Mentale, 160 ; 8-14, 2011
- 5) 伊藤弘人: 海外における入院医療に関して。厚生

労働科学研究, 精神障害者への対応への国際比較に関する研究 (主任研究者, 中根允文) 参考資料. 2011

6) 加藤 敏: 現代精神医学におけるレジリアンスの概念の意義。レジリアンス現代精神医学の新しいパラダイム (加藤 敏, 八木剛平編)。金剛出版, 東京, 2009

7) Laffont, I., Priest, R.G.: A comparison of French and British mental health legislation. *Psychological Medicine*, 22 ; 843-850, 1992

8) Le panorama des établissements de santé: Les mesures d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie. p.106-107, 2010

9) Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

10) Naudin, J., Lançon, C., Bouloudnine, S.: Soins sans consentement: trois mots, trois problèmes. *Santé Mentale*, 161 ; 25-30, 2011

11) Odier, B.: 《On m'a dit de venir》, l'obligation judiciaires de soins. *L'Information Psychiatrique*, 83 ; 9-12, 2007

12) 大島一成: 境界性人格障害のショートステイフランス精神科医療の新しい治療看護装置 nouveaux dispositifs de soins について一。精神療法, 29 (3) ; 301-307, 2003

13) 太田博昭: フランス精神衛生法とその問題点。臨床精神医学, 17 (11) ; 1705-1731, 1988

14) Salize, H.J., Dressing, H.: Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*, 184 ; 163-168, 2004

15) 精神保健福祉法研究会監: 精神保健福祉法詳解三訂。中央法規出版, 東京, 2007

16) 障害者の権利に関する条約, 障害保健福祉研究情報システム。(公財) 日本障害者リハビリテーション協会, 2007~2011

17) Tyrode, Y., Albernhe, T.: *Psychiatrie Légale. Sociale, Hospitaliere, Expertale*. Ellipses, Paris, 2000

18) Vidon, G.: *La Réhabilitation Psychosociale en Psychiatrie*. Frison-Roche, Paris, 1995

French Psychiatric Therapeutic System for Adults, an overview of Mental Health Legislations

Kazunari OSHIMA^{1,3)}, Yuichiro ABE²⁾

1) *Omiya Kousei Hospital*

2) *Association de Santé Mentale 13 de Paris*

3) *Tokyo Medical and Dental University, Psychiatry and Behavioural Sciences*

In this article, the authors present an overview of the current French psychiatric therapeutic system for adults and legislation focusing on hospitalization procedures and patients' rights advocacy. The aim of this article is to compare the psychiatric therapeutic system in France with that in Japan and to reflect on problems related to involuntary hospitalization in Japan, especially "hospitalization for medical care and protection."

French psychiatry has been developing for about 150 years, and is based on the 1838 Statute (la loi 1838). Historically, J-É. Esquirol, defined two modalities of hospital admission: voluntary hospitalization and compulsory hospitalization. The 1838 statute also stipulated in-patients' rights.

In the 1960's, the sector psychiatric therapeutic system, "*sectorisation*," was introduced in France. According to this system, the continuity of treatment is regarded as important and all people with psychiatric disorders are treated continuously by the same therapeutic team in a sector that comprised of 70,000 inhabitants. Following this, the psychiatric ordinance of 1986 defined additionally 12 types of new therapeutic structures. It elaborated French community psychiatry with various intra-/extra-hospital institutions, and also encouraged "hospitalization with consent" (*Hospitalisation libre*), thus placing more importance on the subjective judgements and autonomy of patients.

In accord with "*sectorisation*", the law of 1990 concerning hospitalization and the advocacy of inpatients' rights defined new procedures of psychiatric hospitalization: "hospitalization at the request of a third party" (*Hospitalisation sur demande d'un tiers*) and "compulsory hospitalisation" (*Hospitalisation d'office*). The reform of the law in 2011 went so far as to change the name of each category of admission: i.e. substituting "psychiatric medical care" for "hospitalisation". It also introduces an evaluation system to review involuntary hospitalization after 24 hours, 72 hours and 15 days during the early stages of hospitalization. This demonstrates the importance of judicial inspection in advocating for clients in determining the continuation of the psychiatric hospitalization.

In discussion, we propose three suggestions in terms of quality of treatment and patients'

rights advocacy concerning the future reform of psychiatric legislation in Japan : 1) institute an evaluation system to examine the validity of involuntary hospitalization, especially in the early phase of hospitalization ; 2) recognize the necessity of making third parties such as Psychiatric Review Board or the courts responsive to the needs of psychiatric patients 3) ameliorate the Japanese Protector System for patients to bring it in line with contemporary contractual treatment of patients and to show a greater respect for patients' autonomy.

<Authors' abstract>

<**Key words** : hospitalization for medical care and protection, hospitalization at the request of a third party, patients' rights advocacy, Psychiatric Review Board, subjective judgement of patients>
